

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

## MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN INTEGRAATIO

Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset  
profiilit

Pro gradu -tutkielma

Petra Suontausta

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Kansanterveystiede

Syyskuu 2016

## TIIVISTELMÄ

### TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

SUONTAUSTA, PETRA: Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit.

Pro gradu -tutkielma: 68 s.

Ohjaaja: sosiaalipsykiatrian professori Sami Pirkola

Kansanterveystiede

Syyskuu 2016

---

Päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat yksi merkittävimmistä kansanterveysongelmista Suomessa. Päihde- ja mielenterveyspalvelut on perinteisesti järjestetty erillisinä: päihdehuolto sosiaalihuollon ja mielenterveyspalvelut terveydenhuollon piirissä. Kansallinen päihde- ja mielenterveysuunnitelma (Mieli-suunnitelma) suosittaa erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden vahvempaa integraatiota mm. siksi, että hoitopopulaatiossa sekä päihde- että mielenterveyshäiriöiden yhtäaikaista esiintyvyyttä on suurta. Palveluiden integraation määrästä ja vaikutuksista on kuitenkin toistaiseksi hyvin vähän tutkittua tietoa Suomessa.

Tässä kansanterveystieteen pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden avohoidon integraatiota viiden sairaanhoitopiirin psykiatristen sairaaloiden palvelualueilla. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden määrää eri alueilla, verrata alueellisia eroja ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä, sekä tarkastella integraation yhteyttä mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstöresurssien määrään ja ammattiryhmiin. Tutkimuksessa käytetään strukturoidulla ESMS-R -kartoitustyökalulla kerättyä poikkileikkausaineistoa mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä vuosilta 2013–2014. Aineisto on kerätty osana REFINEMENT-tutkimusprojektia. Alueellisia palvelujärjestelmiä kuvataan tilastollisin tunnusluvuin ja yhteyksiä tarkastellaan käyttämällä Spearmanin korrelaatiokerrointa.

Tulosten perusteella alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon palvelujärjestelmissä on suuria eroja. Korkeimmin resursoiduilla alueilla on väestöön suhteutettuna kaksinkertaisesti henkilöstöresursseja mielenterveys- ja päihdepalveluissa vähiten resursoituihin alueisiin verrattuna. Yhdistetyn mielenterveys- ja päihdehoidon resursseja on pääsääntöisesti vain vähän, ja ne sijoittuvat perustason palveluihin. Erikoistasolla yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita on vain muutamilla alueilla. Yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa henkilöstöresurssit ovat sekä perus- että erikoistasolla ammattiryhmiltään keskimäärin yksipuolisemmat kuin erillisissä mielenterveys- tai päihdepalveluissa, ja painottuvat terveydenhuollon ammattiryhmiin. Perustasolla integroiduissa palveluissa henkilöstöprofiili on myös keskimäärin alemmin koulutettua kuin perustason erillisissä mielenterveys- tai päihdepalveluissa. Aineistossa on viitteitä siitä, että korkeampi erikoistason integraation määrä voi olla yhteydessä vähäisempiin erikoistason avohoidon kokonaishenkilöstöresursseihin. Palvelujärjestelmässä tapahtuvien muutosten ja niiden vaikutusten arvioimiseksi tarvitaan jatkossa toistettuja ja strukturoituja palvelujärjestelmäkartoituksia.

Asiasanat: mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, palvelujärjestelmä, kaksoisdiagnoosi, mielenterveys, päihdeongelma, integraatio, REFINEMENT

## SUMMARY

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Health Sciences

SUONTAUSTA, PETRA: Integration of mental health and substance abuse services. Integrated services and their personnel profiles.

Master's Thesis: 68 pages

Supervisor: Sami Pirkola, Professor of Social Psychiatry

Public Health

September 2016

---

Mental health and substance abuse disorders place a major burden on public health in Finland. Care services for these disorders have traditionally been organized separately in the service system: substance abuse services are usually located in social care sector and mental health services in health care sector. The national plan for mental health and substance abuse work recommends stronger integration of substance abuse and mental health services, because comorbidity of these disorders is common in the treatment population. There is a lack of research on the integration of mental health and substance abuse services in Finland.

This Master's Thesis of Public Health examines the integration of mental health and substance abuse open care services in psychiatric hospital regions in five hospital districts in Finland. The study describes the amount of integrated services, compares regional disparities and factors related to these disparities, and explores the personnel and professional resources of integrated services. The study is a cross-sectional study. The data is collected in 2013–2014 using ESMS-R, which is a validated tool designed to analyze and compare regional mental health and substance abuse service systems nationally and internationally. Data is collected as part of REFINEMENT project. Regional service systems are described with statistical measures and Spearman correlation.

According to the results, there are major regional disparities between service systems. Amount of personnel resources in relation to population is twice as large in the regions with highest resources compared to regions with least amount of resources. There are some integrated mental health and substance abuse services in the primary care level, but in specialized services integrated mental health and substance abuse services are rare. Personnel resources in integrated services consist mainly of health care professions, but in separate mental health and substance abuse services there is more multi-professionalism. In primary care level the personnel resource in integrated services is lower educated than in separate mental health and substance abuse services. The results indicate that integration of mental health and substance abuse services in specialized services associate with smaller amount of total personnel resources in specialized services overall. Longitudinal data on the service system is required to examine the changes in the service system and the impact of the services on population health.

Keywords: mental health service system, substance abuse service system, service system research, comorbidity, mental health, substance abuse, integration, REFINEMENT

# Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	1
2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMAT JA PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	3
2.1 Mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö ja yhtäaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriö .....	3
2.2 Mielenterveyspalvelujärjestelmä .....	5
2.3 Päihdepalvelujärjestelmä .....	8
3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN INTEGRAATIO .....	13
3.1 Integraatio hyvinvointipalveluissa.....	13
3.2 Integraatio mielenterveys- ja päihdepalveluissa .....	14
3.3 Mieli-suunnitelman linjaukset .....	20
3.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen liittyvät huolenaiheet .....	23
3.5 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	26
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	29
4.1 Aineiston keruu ESMS-Revised -kartoitustyökalulla.....	29
4.2 Analyysissä käytetyt muuttujat.....	32
4.3 Kuvailevan kvantitatiivisen analyysin menetelmät .....	39
5 TULOKSET .....	41
5.1 Alueelliset erot mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon henkilöstöresursseissa.....	41
5.2 Korrelaatiot taustamuuttujien ja palveluiden resurssien välillä.....	43
5.3 Erillisten ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattiryhmittäiset profiilit .....	47
5.4 Integraation yhteys henkilöstöresurssien kokonaismäärään .....	51
6 POHDINTA.....	52
6.1 Tulosten merkitys ja palvelujärjestelmän kehitys.....	52
6.2 Tutkimusasetelman tarkastelu .....	55
6.3 Jatkotutkimuksen tarpeet .....	58
7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	60
LÄHDELUETTELO .....	61

## TAULUKOT

Taulukko 1. Päihdetapauslaskennan tuloksia vuonna 2011.....	11
Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksia yhdistetyn mielenterveys- ja päihdehoidon vaikuttavuudesta..	19
Taulukko 3. Analyysin tutkimusyksiköt ja muuttujat.....	33
Taulukko 4. Alueelliset taustamuuttujat.....	39
Taulukko 5. Palveluiden henkilöstöresurssit eri sairaanhoitoalueilla kymmentä tuhatta yli 18- vuotiasta asukasta kohden (2013–2014).....	41
Taulukko 6. Alueellisten taustamuuttujien välisiä korrelaatiokertoimia.....	44
Taulukko 7. Alueellisten taustamuuttujien ja palveluiden resurssien välisiä korrelaatiokertoimia..	45

## KUVIOT

Kuvio 1. Työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden järjestäminen (mukaiillen Thornicroft & Tansella 2004).....	6
Kuvio 2. Päihdeongelmaisten palvelut Suomessa. Lähde: Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 193.....	9
Kuvio 3. Nelikenttämalli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon porrastukseen (Lassila & Kampman 2007).....	17
Kuvio 4. Mieli-työryhmän ehdotus mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi. Lähde: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 30.....	22
Kuvio 5. Tutkimuskohteen paikantuminen integraation eri tasoilla.....	27
Kuvio 6. ESMS-R kartoituspuu. Lähde: Salvador-Carulla ym. 2012, 19.....	32
Kuvio 7. Pisteparvikuvio: vasemmalla avohoidon kokonaisresurssien määrä perustasolla ja väestöpohjan koko, sekä oikealla avohoidon kokonaisresurssien määrä erikoistasolla ja väestöpohjan koko.....	46
Kuvio 8. Pisteparvikuvio: vasemmalla avohoidon kokonaisresurssien määrä perustasolla ja mielenterveysindeksi, ja oikealla avohoidon kokonaisresurssien määrä erikoistasolla ja mielenterveysindeksi. Väestöpohjan koko luokiteltuna kolmeen luokkaan.....	46
Kuvio 9. Henkilöstöresurssit yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavissa perus- ja erikoistason palveluissa ammattiryhmittäin.....	48
Kuvio 10. Ammattiryhmien osuudet eri palvelutyypeissä.....	50
Kuvio 11. Pisteparvikuvio: perustason avohoidon palveluiden kokonaisresurssit ja integroitujen palveluiden resurssien määrä, sekä erikoistason avohoidon palveluiden kokonaisresurssit ja integroitujen palveluiden resurssien määrä.....	51

# 1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Suomalaisten työkyvyttömyyseläkkeistä yli kolmasosa on myönnetty näiden häiriöiden perusteella (Eläketurvakeskus, 2016). Suomessa mielenterveyden häiriöitä esiintyy väestötutkimusten mukaan vuoden aikana jopa 20–30 %:lla väestöstä (Pirkola ym. 2002). Alkoholihäiriön vuosittainen esiintyvyys on noin 7 % miehillä ja hieman yli 1 % naisilla (Pirkola ym. 2005). Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyn ja hoidon tulisi maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan olla yksi tärkeimmistä prioriteeteista kansanterveyden edistämiseksi (Whiteford ym. 2013). Mielenterveyspalvelujärjestelmää koskeva tutkimustieto on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta edelleenkin ei ole selkeää konsensusta siitä, mikä on mielenterveyspalveluiden vaikuttavin järjestämistapa (Thornicroft & Tansella 2004). Päihdepalveluiden järjestäminen vaihtelee huomattavasti maiden välillä ja maiden sisäisesti alueittain. Myöskään päihdepalvelujärjestelmien vaikuttavuuden eroista ei ole juurikaan näyttöä, sillä suurin osa päihdehuollon tutkimuksesta keskittyy hoitointerventioiden tarkasteluun. (Babor, Stenius & Romelsjö 2008, 50–57.)

Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä on linjattu valtakunnallisessa informaatio-ohjauksellisena välineenä toimineessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Yksi suunnitelman suosituksista koskee mielenterveys- ja päihdepalveluiden tiiviimpää yhteistyötä ja erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämistä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 19, 31). Päihde- ja mielenterveyspalvelut on perinteisesti järjestetty erillisinä: päihdehuolto on järjestetty osana sosiaalihuoltoa, kun taas mielenterveyspalvelut kuuluvat vahvasti terveydenhuollon alaisuuteen (Stenius ym. 2012). Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys (kaksoisdiagnoosi) on kuitenkin yleistä: Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitopopulaatiossa jopa puolella asiakkaista on molempien häiriöiden oireilua (Hirschovitz-Gertz & Kuussaari 2016). Yhtäaikaisesta päihde- ja mielenterveyshäiriöstä kärsivillä on riski jäädä väliinputoajiksi järjestelmässä, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat erillisillä tahoilla.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisen tavoitteena on parempi hoidon toteutuksen ja kustannusten kokonaisuuden hallinta (Rush ym. 2008) ja palveluiden tarjonnan ja asiakkaiden tarpeen kohtaaminen (Stenius 2009). Etenkin vaikeasta mielenterveyden häiriöstä ja yhtäaikaisesta

päihderiippuvuudesta kärsivien potilaiden hoidossa tiiviimpi integraatio nähdään oleelliseksi (Aalto 2010, 184–188). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyönä toteuttamasta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta on hyviä tuloksia (Kampman & Lassila 2007), mutta toistaiseksi ei kuitenkaan ole löydetty systemaattista näyttöä siitä, että palveluiden yhdistämisellä saavutettaisiin yleisesti ottaen erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita parempia hoitotuloksia (Jeffrey ym. 2000; Donald ym. 2005). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen liittyy huolenaiheita erityisesti päihdeongelmien hoidon ja sosiaalihuollon osaamisen asemasta integraatiossa, sekä riittävien resurssien säilymisestä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Muun muassa näiden syiden vuoksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio on saanut osakseen myöskin kritiikkiä (Kuussaari 2010, 58).

Tällä hetkellä ei ole kokonaiskuvaa siitä, kuinka paljon Suomessa on sellaisia palveluita, jotka tarjoavat hoitoa sekä mielenterveys- että päihdeongelmiin. REFINEMENT-tutkimushankkeessa on tehty systemaattinen palvelujärjestelmäkartoitus mielenterveys- ja päihdepalveluista viiden sairaanhoitopiirin alueilla, mutta tutkimushankkeessa ei ole vielä tarkasteltu erityisesti yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tässä tutkimuksessa etsitään REFINEMENT-tutkimushankkeen kartoituksen pohjalta vastausta siihen, kuinka paljon yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita on, ja tarkastellaan näiden palveluiden ammattiryhmittäisiä henkilöstöprofiileja. Tutkimus keskittyy avohoidon palveluihin.

Tutkielma alkaa teoreettisella osuudella mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydestä sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kuvauksesta. Kolmannessa luvussa esitellään mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota puoltavia ja kritisovia argumentteja. Kolmannessa luvussa esitellään myös kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, sillä sen voidaan katsoa olevan yksi tärkeimmistä mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota linjaavista tekijöistä Suomessa (Stenius ym. 2015, 171). Kolmannen luvun lopussa kerrotaan tämän tutkimuksen tavoitteet. Neljännessä luvussa kuvataan tutkimusasetelma ja tutkimuksessa käytetyt menetelmät. Viides luku esittelee tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen lopussa pohdinta-osiossa tarkastellaan palvelujärjestelmätutkimuksen haasteellisuutta ja tarvetta palvelujärjestelmän kehityksen seurannalle, sekä tämän tutkimuksen tuomaa uutta tietoa ja sen merkitystä. Johtopäätökset kokoavat viimeisenä yhteen tutkimuksen keskeisimmät tulokset.

## 2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMAT JA PALVELUJÄRJESTELMÄ

### 2.1 Mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö ja yhtäaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriö

Valtaosa suomalaisista kokee voivansa psyykkisesti vähintään melko hyvin (Pirkola ym. 2002). Päihde- ja mielenterveyshäiriöt ovat kuitenkin merkittävä kansanterveydellinen ongelma sekä Suomessa että globaalisti. Suomalaisten työkyvyttömyyseläkkeistä yli kolmannes on myönnetty näiden häiriöiden perusteella (Eläketurvakeskus, 2016). Maailman terveysjärjestö WHO:n Global Burden of Disease -tutkimusten mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöt aiheuttavat maailmanlaajuisesti eniten sairaana elettyjä vuosia.<sup>1</sup> WHO:n mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon ja ennaltaehkäisyn tulisikin olla yksi prioriteeteista kansanterveyden edistämiseksi. (Whiteford ym. 2013.)

Psyykkisiä oireita, kuten unettomuutta tai mielialan laskua, on viimeisen kuukauden aikana kokenut noin viidesosa suomalaisista. Psyykkisten oireiden yleisyys on vastaavaa myös muissa länsimaissa. (Lönqvist 2005.) Mielenterveyden häiriöksi kutsutaan diagnostiset kriteerit täyttävää psyykkistä oireilua. Yleensä häiriön kriteerit täyttävä oireilu on runsasta ja pitkäaikaista, ja oireet vaikuttavat yleensä myös elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Suomessa mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) laatimaa ICD-10 -tautiluokitusta (Tautiluokitus ICD-10, 2011). Suomessa ja muissa länsimaissa mielenterveyden häiriöitä esiintyy väestötutkimusten mukaan vuoden aikana jopa 20–30 %:lla väestöstä. Näistä häiriöistä tyypillisimpiä ovat depressio ja ahdistuneisuushäiriö. (Lönqvist 2005; Pirkola ym. 2002.) Perinteisinä mielisairauksina pidettyjä psykooseja esiintyy vuosittain noin 2 %:lla väestöstä. Psykoosien elinaikainen esiintyvyys on yli 3 % (Perälä ym. 2007). Psykooseja ovat mm. skitsofrenia, psykoottinen depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Näihin sairauksiin liittyy usein merkittävää toiminta- ja työkyvyn alentumista, pitkäaikainen avohoidon tarve ja vähintään ajoittainen sairaalahoidon tarve. (Lönqvist ym. 2014.)

---

<sup>1</sup> Esimerkiksi vuonna 2010 mielenterveys- ja päihdeongelmat aiheuttivat yhteensä noin 175 miljoonaa sairaana elettyä vuotta (Whiteford ym. 2013).



Päihdehäiriö on myös mielenterveyden häiriö. ICD-10 -tautiluokitus (2011) jakaa alkoholin ongelmakäytön kolmeen osaan: alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Riskikäyttäjällä alkoholin käyttömäärät ylittävät määritellyt riskirajat, mutta alkoholi ei vielä aiheuta selvästi tunnistettavia ja määriteltäviä fyysisiä ja psyykkisiä haittoja, kuten haitallisessa käytössä. Alkoholiriippuvaisen eli alkoholistin alkoholinkäyttö on pakonomaista ja hallitsematonta, vaikka alkoholi aiheuttaa haittoja. Huumausaineiden ja muiden päihdyttävien aineiden käyttöä ja niistä riippuvuutta on luokiteltu alkoholiongelman tavoin ICD-10 -tautiluokituksessa. Huumausaineiden käyttö eroaa kuitenkin yhteiskunnan näkökulmasta merkittävästi alkoholin ja lääkkeiden käytöstä, sillä huumausaineiden käyttö ja hallussapito on kriminalisoitu Suomen laissa ja myös kansainvälisessä yhteisössä (Huumausainelaki 373/2008; United Nations 1961).

Suomessa alkoholihäiriön vuosittainen esiintyvyys on noin 7 % miehillä ja hieman yli 1 % naisilla. Alkoholiriippuvaisia on tutkimusten mukaan noin 4 % työikäisestä väestöstä. (Pirkola ym. 2005.) Nuorten aikuisten miesten joukossa päihdehäiriöt ovat vielä yleisempiä. Jonkin päihdehäiriön elinaikainen esiintyvyys nuorilla miehillä on noin 21 % ja huumausaineiden väärinkäytön ja huumausaineriippuvuuden noin 7 %. Nuorilla naisilla huumausaineiden käyttöä esiintyy alle 3 %:lla. (Suvisaari ym. 2009.) Huumausaineiden käyttö vaihtelee suuresti eri maiden välillä (Degenhardt ym. 2008). Alkoholiongelmiensa esiintyvyys vaihtelee myös eri maiden välillä, mutta on Euroopassa keskimäärin samaa tasoa kuin Suomessa (Rehm ym. 2015).

Kaksoisdiagnoosipotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on yhtäaikainen päihdehäiriö ja toinen mielenterveyden häiriö (Aalto 2007). Epidemiologisten tutkimusten perusteella on arvioitu, että mielenterveys- ja päihdehäiriöillä on jokin sellainen yhteys tai yhteiset taustatekijät, jotka lisäävät myös toisen häiriön riskiä (Aalto 2007, 1294). Kaksoisdiagnoosille ei ole lääketieteessä kuitenkaan vakiintunutta määritelmää, sillä päihdeongelman ja toisen mielenterveyden häiriön vakavuutta on eri määritelmissä rajattu eri tavoin. Laveimman määrittelyn mukaan kaksoisdiagnoosipotilailla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on jokin mielenterveyden häiriö ja lisäksi päihdehäiriö, kun taas suppeimmissa määritelmissä on kaksoisdiagnoosin päihdehäiriöksi rajattu pelkästään huumausaineriippuvuus (Aalto 2007, 1293–4). Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmätutkimuksen kannalta oleellista on ymmärrys siitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmien yhtäaikainen esiintyvyys on kohtuullisen yleistä mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla (n. 15 %) ja erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitopopulaatiossa,

jossa arviolta jopa puolella asiakkaista<sup>2</sup> on molempien häiriöiden oireilua (mm. Hirschovitz-Gertz & Kuussaari 2016; Pirkola ym. 2006; Rush ym. 2008).

## 2.2 Mielenterveyspalvelujärjestelmä

Mielenterveyspalvelujärjestelmää koskeva tutkimustieto on lisääntynyt huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta vielä ei kuitenkaan ole kansainvälistä konsensusta siitä, mikä olisi palveluiden paras järjestämistapa (Thornicroft & Tansella, 2004). Thornicroft ja Tansella esittävät systemaattiseen tutkimustietoon pohjautuen suosituksia työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden järjestämistavoista. Suositukset ovat globaaleja, ja ne on rakennettu porrasteisesti matalien, keskitason ja korkeiden resurssien alueille. Erilaiset resurssit viittaavat taloudellisten ja henkilöstö- ja osaamisresurssien eroihin esimerkiksi kehittyvien ja teollisuusmaiden välillä, mutta myös maiden sisällä voi esiintyä alueellisia eroja resursseissa ja palveluiden järjestämistavoissa. Thornicroftin ja Tansellan suositukset on esitetty kuviossa 1. Resurssien kasvaessa uudet palvelumuodot ovat lisää alempien resurssitasojen palveluihin, eli korkeiden resurssien alueilla järjestetään myös matalien ja keskitason resurssien alueiden suositusten mukaisia palveluita. Matalien resurssien alueella avopalvelut järjestetään osana perusterveydenhuoltoa ja erikoistuneet mielenterveyspalvelut tuottavat sairaalahoidon sekä tarvittaessa konsultoinnin peruspalveluihin. Resurssien lisääntyessä palvelut monipuolistuvat. Keskitason resurssien alueella voidaan toteuttaa myös erikoistuneita psykiatrian avopalveluita sekä asumispalveluita. Korkeiden resurssien alueilla voidaan toteuttaa näiden lisäksi eri häiriöihin erikoistunutta hoitoa, sekä tarjota vaihtoehtoja pitkäaikaiselle sairaalahoidolle esimerkiksi päiväkeskusten ja kriisitalojen muodossa.

---

<sup>2</sup> Arviot vaihtelevat noin 20–70 % välillä, sillä häiriön tai oireiden esiintyvyyden määreet vaihtelevat tutkimuksissa hoitoon hakeutumista edeltävän kuukauden tai vuoden ja elinaikaisen esiintyvyyden välillä.

### KORKEAT RESURSSIT

- Palveluiden erikoistuminen eri häiriöiden hoitoon (esim. syömishäiriöt).
- ACT-tiimit (*assertive community treatment*), joissa moniammatillinen hoitotiimi vastaa vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidosta avohoitona sairaalahoidon sijaan.
- Psykoosipotilaiden varhaisen puuttumisen hoitotiimit (*early intervention teams*).
- Vaihtoehtoja akuuteille sairaalapaikoille, kuten esimerkiksi akuutti päiväsairaala, erilaiset kriisitalot, pitkäaikaiset asumispalvelut ja erilaiset kuntouttavat päivätoiminnot.

### KESKITASOISET RESURSSIT

- Psykiatrisen avohoidon vastaanotto- sekä liikkuvat palvelut (*mainstream mental health services*), joissa toteutetaan tutkimusnäyttöön perustuvia hoitointerventioita.
- Mahdollisuuksien mukaan myös yhteisössä toimivia moniammatillisia tiimejä (*community mental health teams*), jotka eivät sinänsä toteuta mielenterveyshäiriöiden hoitoa, vaan ovat vastuussa potilaiden tarpeen mukaisesta palvelukokonaisuudesta ja hoidon jatkuvuudesta (*case management* -työote).
- Akuutteja psykiatrisia sairaalapaikkoja on oltava.
- Tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan myös yhteisössä sijaitsevia asumispalveluita.

### MATALAT RESURSSIT

- Mielenterveyshäiriöiden hoidon järjestäminen osana perusterveydenhuoltoa.
- Konsultaatio perustasolle tarvittaessa erikoistuneista mielenterveyspalveluista.
- Erikoistuneet mielenterveyspalvelut toteuttavat sellaisten potilaiden hoidon, joita ei voida hoitaa perusterveydenhuollossa tai jotka tarvitsevat sairaalahoidon.

Kuvio 1. Työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden järjestäminen (mukaillen Thornicroft & Tansella 2004).

Suomessa kunnat vastaavat perusterveydenhuollon järjestämisestä. Perusterveydenhuollossa hoidetaan yleisiä mielenterveyden ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä sekä päihdeongelmia. (Sadeniemi ym. 2014.) Perusterveydenhuollossa on viime vuosina lisätty psykiatristen sairaanhoitajien määriä (Vuorilehto, Kuosmanen & Melartin 2008). Perusterveydenhuolto toimii myös lähettävänä tahona psykiatrian erikoissairaanhoidon ja psykiatriseen sairaalahoidon, jonka järjestävät pääsääntöisesti sairaanhoitopiirit. Osa kunnista tuottaa myös itse perusterveydenhuoltoa erikoistuneempia mielenterveyspalveluita. (Sadeniemi ym. 2014.) Myös yksityinen ja kolmas sektori tuottavat avo-, päivä- ja asumispalveluita mielenterveysongelmaisille (Tuori ym. 2000).

Tässä tutkielmassa kuvataan mielenterveyspalveluiden kehitystä Suomessa vain hyvin lyhyesti ja keskittyen viimeisiin vuosikymmeniin.<sup>3</sup> 1980-luvulla Suomessa ja muissa länsimaissa vähennettiin psykiatrisen sairaalahoidon määrää ja lisättiin avohoidon palveluita. Sama kehitys jatkui laitoshoidon osalta vielä 90-luvulla, mutta taloudellisen laman aikana avohoidon palvelut eivät kasvaneet samassa suhteessa, kun laitoshoidon paikkoja vähennettiin. (Kärkkäinen 2004, 22–23.) Vuonna 1991 voimaantulleen erikoissairaanhoidolain myötä aiemmat mielisairaanhoitopiirit lakkautettiin, ja psykiatrinen hoitojärjestelmä siirtyi hallinnollisesti sairaanhoitopiireihin. Muutos lisäsi psykiatrian rinnasteisuutta muuhun terveydenhuoltoon ja lääketieteeseen. (Kärkkäinen 2004, 23.) 90-luvun laman aikaan tehtiin myös valtionosuusuudistus, jossa kuntien ja sairaanhoitopiirien asema määrittyivät uudennlaisiksi. Kunnista tuli palveluiden tuottajien lisäksi myös palvelujen tilaajia, ja näin kunnille asettui vastuu määrittää, millaisia palveluita kuntalaiset tarvitsevat ja mistä ja millä hinnalla nämä palvelut ostetaan. (Kärkkäinen 2004, 56.) Tämän muutoksen yhteydessä sairaanhoitopiiriin osuus palveluiden tuottajana väheni, ja kuntien, yksityisten ja järjestöjen tuottamien palvelujen määrä kasvoi (Tuori ym. 2000). Palveluiden hajaantuessa myös tilastointi hajaantui (Lehtinen 2002, 111–3) ja psykiatrian asiantuntijuus palvelutuotannon johtamisessa väheni (Kärkkäinen 2004, 23). Muun muassa näiden syiden vuoksi 2000-luvun alussa mielenterveyspalveluista ei ollut kokonaiskuvaa, ja alueellisen eriarvoisuuden arvioitiin kasvaneen (Harjajärvi ym. 2006, 20).

Mielenterveyspalvelujärjestelmää koskenut laaja MERTTU-tutkimushanke aloitettiin Suomessa vuonna 2004. Hankkeessa tarkasteltiin työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden tilaa, alueellisia rakenteita ja sairaanhoitopiirien välisiä eroavaisuuksia strukturoidun ESMS-palvelujärjestelmäkartoituksen avulla. MERTTU-hankkeen tulosten mukaan mielenterveyspalvelut olivat monipuolisempia suurissa kaupungeissa ja laajan väestöpohjan alueilla. Hankkeen palvelukatsauksessa nostettiin esiin tarve vähentää psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä, lisätä päivätoimintoja, monipuolistaa palveluita sekä siirtää resursseja enemmän ympärivuorokautisesta hoidosta avohoitoon. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006.)

MERTTU-hanke sai jatkoa vuosina 2011–2015 REFINEMENT-hankkeesta, jossa toteutettiin palvelujärjestelmäkartoitus ESMS-Revised -työkalun avulla, sekä mallinnettiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden hoitopolkuja. Psykiatrisen hoidon vaikuttavuuden tutkimus jatkuu vuosina 2014–2017 CEPHOS-LINK -hankkeessa (Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalisation).<sup>4</sup> Kuten jo MERTTU-hankkeen tuloksissa, niin myös REFINEMENT-

---

<sup>3</sup> Tarkemmin mielenterveyspalveluiden kehityksen historiasta esimerkiksi Kärkkäinen 2004, sivut 20–58.

<sup>4</sup> Tarkemmin hankkeista [www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat](http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat). Viitattu 13.3.2016.

tutkimushankkeessa alueellisten kartoitusten perusteella mielenterveys- ja päihdepalvelut näyttävät olevan laitoskeskeisiä (Suomen REFINEMENT-tutkijaryhmä, 2) ja suurempi väestöpohja on yhteydessä monipuolisempaan palvelutarjontaan (Ala-Nikkola ym. 2014).

## 2.3 Päihdepalvelujärjestelmä

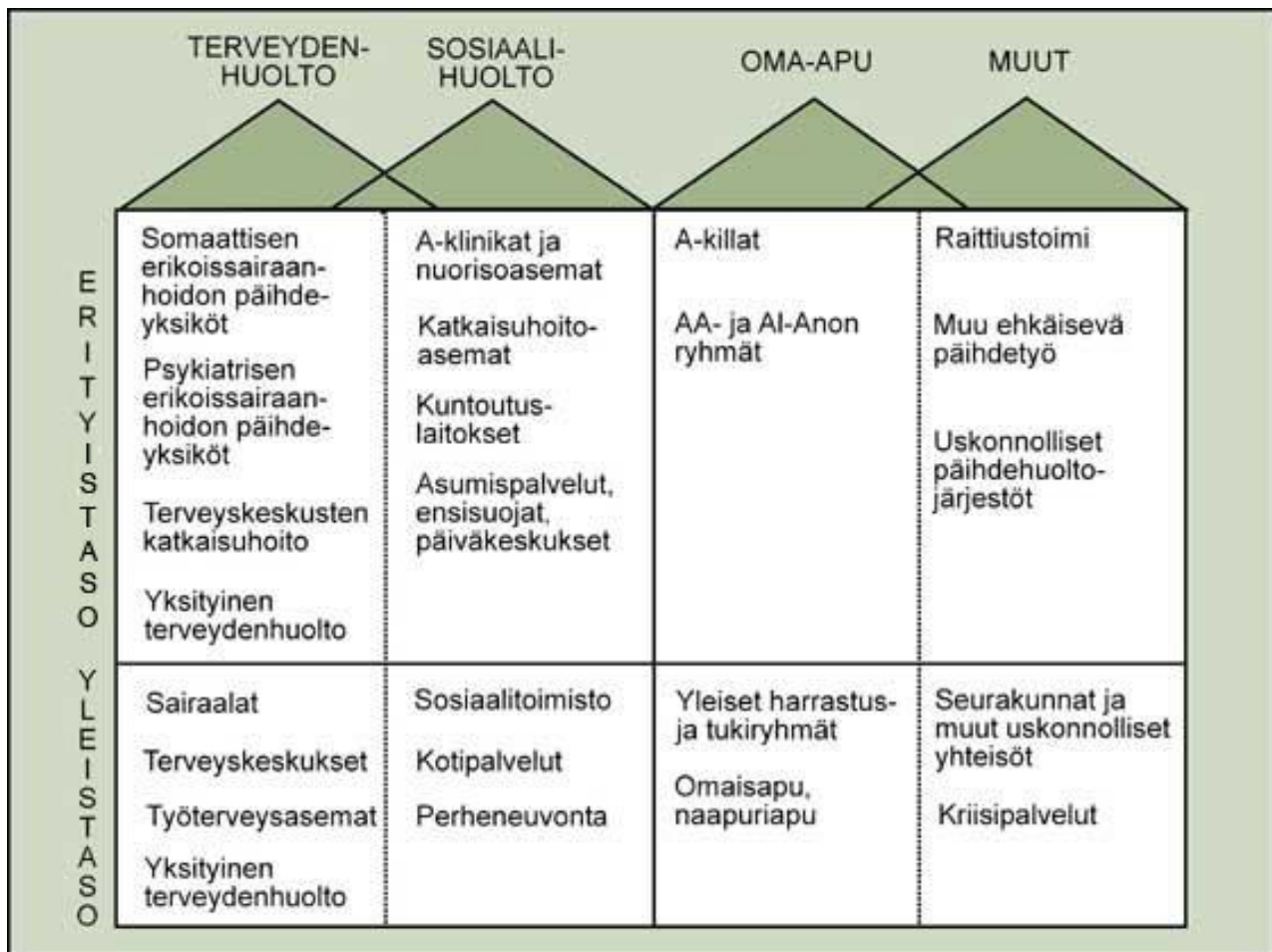
Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja päihdehuollon erityispalveluissa, kuten A-klinikoilla (kuvio 2). Perusterveydenhuollossa ja päihdehuollon erityispalveluissa voidaan tarjota katkaisu- ja vieroitushoitoa. Päihdehuollon erityispalveluissa tarjotaan myös erityyppisiä psykososiaalisia hoitomuotoja. Erikoissairaanhoidossa voi olla päihdepsykiatriaan erikoistuneita yksiköitä. Terveys- ja sosiaalipalveluiden lisäksi päihdeongelmaisten hoitoa ja kuntoutusta tarjoavat myös erilaiset oma-apu ryhmät ja järjestötoimijat. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

Päihdepalveluiden järjestämistavat vaihtelevat huomattavasti sekä maiden sisällä että maiden välisesti (Babor, Stenius & Romelsjö 2008, 50). Eri hoitojärjestelmien vaikuttavuudesta ei juurikaan ole näyttöä, sillä suurin osa tutkimuskirjallisuudesta on keskittynyt hoitointerventioiden tarkasteluun (Babor, Stenius & Romelsjö 2008, 57). Myös Suomessa päihdepalvelujärjestelmätutkimusta on hyvin vähän. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan päihdepalvelujärjestelmätutkimushankkeita on vain päihdetapauslaskenta, Päihteet mielessä -tutkimushanke sekä REFINEMENT, jossa kerätyn mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä-aineiston pohjalta ei vielä ole tutkittu päihdepalvelujärjestelmää.<sup>5</sup>

Päihdetapauslaskennan pohjalta voidaan kuvata tarkemmin, missä palveluissa päihdeongelmaiset asioivat. Suomalaista päihdeongelmaisten palvelujärjestelmää kuvataan tässä kappaleessa pitkälti juuri päihdetapauslaskennan pohjalta.

---

<sup>5</sup> [www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat](http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat). Viitattu 20.3.2016.



Kuvio 2. Päihdeongelmaisten palvelut Suomessa. Lähde: Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 193.

Päihdetapauslaskentaa on toteutettu poikkileikkaustutkimuksena neljän vuoden välein vuodesta 1987 alkaen. Laskennassa arvioidaan valtakunnallisesti vuosittaisten päihde-ehtoisten asiointikäyntien määrää sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä kolmannen sektorin toimipaikoissa. Päihde-ehtoiseksi asiointiksi katsotaan kaikki asiakas- ja potilaskäynnit, joissa henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihteiden ongelmakäyttäjäksi, asiakas on päihtynyt tai asioinnin syynä on päihtyneenä tapahtuneen tapaturman hoito.<sup>6</sup> Laskennan perusteella saadaan tietoa mm. siitä, kuinka paljon päihdeongelmaiset käyttävät minkäkin sektorin palveluita, ja millaisia ajallisia ja alueellisia eroja palveluiden käytössä on. Laskenta ei huomioi asiakkaiden määrää, vaan käyntien määrää. Laskennan perusteella ei voida arvioida päihdehäiriöiden esiintyvyyttä, sillä laskennan päihdeongelmaisuus on käsitteenä erilainen kuin lääketieteellinen päihdehäiriön diagnoosi. (Kuussaari ym 2012.)

<sup>6</sup> Päihdetapauslaskennan lomakkeen täyttöohje saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.thl.fi/documents/605763/2152595/P%3%A4ihdetapauslaskenta\\_ohje\\_suomi\\_14092015.pdf/5283ac79-c461-4244-869e-ddccbd851771](https://www.thl.fi/documents/605763/2152595/P%3%A4ihdetapauslaskenta_ohje_suomi_14092015.pdf/5283ac79-c461-4244-869e-ddccbd851771). Katsottu 5.6.2016.

Viimeaikaisimpia päihdetapauslaskennan tuloksia on saatavilta vuodelta 2011. Laskennan tulosten perusteella päihde-ehtoisten asiointien määrät vaihtelevat alueittain. Keskimäärin Suomessa tehtiin vuoden 2011 päihdetapauslaskentapäivänä 21,3 päihde-ehtoista asiointia kymmentä tuhatta asukasta kohden. Asiointien määrä väkilukuun suhteutettuna oli suurinta Kymenlaakson, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa, joissa oli noin 25–28 päihde-ehtoista asiointikertaa. Vähäisintä asiointi oli Pohjanmaan maakunnissa ja Ahvenanmaalla, joissa vastaava lukumäärä oli 6–15. (Kuussaari ym 2012.)

Taulukkoon 1 on valikoitu tiedot päihde-ehtoisten asiointien määristä, alkoholin tilastoidusta myynnistä, sekä asioinnin jakautumisesta terveydenhuoltoon, yleisiin sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin ja asumispalveluihin Kymenlaakson, Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Etelä-Karjalan ja Pirkanmaan maakunnista. Nämä maakunnat on valikoitu taulukkoon siksi, että näiden sairaanhoitopiirien alueilla on tehty myös tässä tutkimuksessa aineistona käytettävä REFINEMENT-tutkimushankkeen ESMS-R -palvelujärjestelmäkartoitus. Muiden maakuntien tiedot löytyvät Kuussaaren ja tämän kollegoiden tutkimusjulkaisusta vuoden 2011 päihdetapauslaskennan tuloksista (Kuussaari ym. 2012). Kymenlaakson, Uudenmaan, Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan tilastoitu alkoholin myynti asukasta kohden vastaa koko maan keskitasoa tai on sitä hieman korkeampi. Etelä-Karjalassa alkoholin myynti on selkeästi näitä alueita runsaampaa, mutta päihdetapauslaskennan perusteella päihde-ehtoinen asiointi kuitenkin selkeästi vähäisempää.

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennan perusteella päihde-ehtoiset asioinnit kohdentuvat eri alueilla eri palveluihin. Kymenlaakson alueella noin puolet päihde-ehtoisista asioinneista on tehty päihdehuollon erityispalveluihin, ja terveydenhuoltoon vain 17 %. Uudenmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa päihdehuollon erityispalveluihin on kohdistunut noin 40 % asioinneista, ja terveydenhuoltoon noin 30 %. Pirkanmaan ja Etelä-Karjalan maakunnissa tilanne on taas päinvastainen: päihdehuollon erityispalveluihin kohdistuu alle 30 % päihde-ehtoisista asioinneista, mutta terveydenhuoltoon jopa 40 %. (Kuussaari ym 2012.)

*Taulukko 1. Päihdetapauslaskennan tuloksia vuonna 2011.*

Maakunta	Päihde- ehtoisia asiointeja /10.000 as.	Alkoholin myynti	Päihde-ehtoisten asiointien osuus eri palveluissa, %			
			Terveysden- huolto	Yleiset sosiaali- palvelut	Päihdehuollon erityispalvelut	Asumis- palvelut
<b>Kymenlaakso</b>	26,8	8,6	17	14	49	20
<b>Uusimaa</b>	25,5	8,1	29	13	37	21
<b>V.-Suomi</b>	25,1	8,2	29	17	41	13
<b>Pirkanmaa</b>	24	8	39	19	22	20
<b>Etelä-Karjala</b>	18	9,4	40	12	28	20

Taulukossa esitetty päihde-ehtoisten asiointien lukumäärä kymmentä tuhatta asukasta kohden, alkoholijuomien tilastoitu myynti (litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohden), ja päihde-ehtoisten asiointien osuudet terveydenhuollossa, yleisissä sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa vuonna 2011 Kymenlaakson, Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Pirkanmaan ja Etelä-Karjalan maakunnissa. Lähde: Kuussaari ym. 2012.

Koko maan tasolla terveydenhuoltoon kohdistuneiden päihde-ehtoisten asiointien määrä ja osuus on ollut nousussa vertailtaessa vuosien 2003–2011 päihdetapauslaskentojen tuloksia. Suurinta kasvu on ollut terveyskeskuksien avohoidossa ja vuodeosastoilla. Tämä kasvu voi selittyä mm. sillä, että katkaisuhuolto ja korvaushoitoa on alettu toteuttaa enemmän terveyskeskuksissa. Sosiaalipalveluihin kohdistuneiden asiointien osuus taas on pysytellyt samalla tasolla 2000-luvun. Sosiaalipalveluiden sisällä on tosin tapahtunut muutoksia: yleiseen sosiaalitoimistoon tehtyjen päihde-ehtoisten käyntien määrä on selkeästi vähentynyt, kun taas kotipalveluiden määrä on kasvanut. Väestön ikääntyminen on todennäköisesti yksi syy kotipalveluiden asiointimäärän kasvuun. Sosiaalitoimiston asiointimäärien laskuun päihdetapauslaskennan tutkijat pohtivat syyksi palveluiden saatavuuden heikentymistä toimeentulotuen kirjallisen käsittelyn lisääntymisen vuoksi. (Kuussaari ym 2012.)

Asumispalveluiden osalta päihdehuollon asumispalveluyksikköjen päihde-ehtoisten asiointien määrä on laskenut. Mielenterveyskuntoutujien ja vanhusten asumispalveluissa sekä muissa asumispalveluissa määrät ovat taas kasvaneet. Näissä palveluissa laskettiin yhteensä yhtä paljon päihde-ehtoisia käyntejä kuin päihdehuollon asumispalveluissa vuonna 2011. Päihdehuollon erityispalveluissa asiointimäärät olivat vuonna 2011 samalla tasolla kuin vuonna 2003, mutta vähentyneet verrattaessa vuoteen 2007. Päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa asiointien määrä on vähentynyt hieman molempiin vuosiin verrattaessa. Myöskin päiväkeskusten käyntimäärät ovat vähentyneet selkeästi, mutta tämä voi johtua myös käytetyn luokittelun muutoksista. (Kuussaari ym 2012.)



Päihdetapauslaskennan tutkijat pohtivat, että alkoholin kokonaiskulutus vaikuttanee alueellisesti päihde-ehtoisten asiointien lukumäärään. Palveluiden järjestämistavat taas vaikuttavat siihen, millaisiin palveluihin päihdeongelmaiset potentiaalisesti voivat hakeutua ja tosiasiallisesti hakeutuvat. Päihde-ehtoisten käyntien kokonaismäärä on pysynyt samalla tasolla koko 2000-luvun, mutta kohdentuminen eri palveluihin on muuttunut. (Kuussaari ym. 2012, 653.) Tämän kohdentumisen tutkiminen on tärkeää, sillä on tutkimusnäyttöä siitä, että riittävät päihdehuollon erityispalvelut vähentävät kuluja terveydenhuollossa (Edwards ym. 1996, ref. Kuussaari ym. 2012; vrt. myös taulukko 1). Toisaalta päihdepalvelujärjestelmästä ei toistaiseksi ole sellaista vaikuttavuustietoa, jonka perusteella voitaisiin todeta, että päihdeongelmien hoito terveydenhuollon tai muiden yleisten palveluiden yhteydessä olisi palveluiden vaikuttavuutta vähentävä asia, mikäli näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja päihdeongelmaisen asiakkaan asianmukainen kohtaaminen toteutuvat myös näissä. Päihdeongelmien vakavuusaste vaihtelee, joten eritasoiset ja erilaiset ongelmat vaativat myös erilaisia hoitoratkaisuja (esim. Kampman & Lassila 2007).

Päihdeongelmien, kuten muidenkin sairauksien hoidolla on eettiset ja inhimilliset perusteet, mutta vaikuttava ja oikea-aikainen päihdehoito ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy tulevat yhteiskunnalle todennäköisesti myös halvemmaksi, kuin hoitamatta jättäminen (esim. alkoholiongelmaisen hoito 2015). Päihteet aiheuttavat välittömiä kustannuksia hoidon ja ennaltaehkäisyyn lisäksi myös muualle sosiaaliturvajärjestelmään, kuten lastensuojelun ja toimeentulotuen menoihin. Nämä kulut kasautuvat pääosin kunnille. (Jääskeläinen & Österberg 2013.) Alkoholi lisää riskiä myös moniin sairauksiin ja tapaturmiin. Alkoholiperusteisesti työkyvyttömyyseläkkeellä oli vuosien 2006–2010 välillä vuosittain keskimäärin noin 12 000 henkilöä, ja nämä kulut jakautuvat Kelan ja työnantajien maksettavaksi. Alkoholiperusteisten eläkkeiden lisäksi alkoholi on yhteydessä myös moniin muihin työkyvyttömyyttä aiheuttaviin sairauksiin. (Gockel ym. 2013.) Alkoholin kulutuksen on todettu lisäävän myös sairauspoissaoloja sekä yhteiskunnan että yksilön tasolla (Norström 2006; Norström & Moan 2010; Johansson, Böckerman & Uutela 2009). Lisäksi päihteet aiheuttavat välittömiä kustannuksia valtiolle ja osin myös yksityisille henkilöille ja vakuutusyhtiöille mm. yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidossa sekä rikosten ja onnettomuuksien aiheuttamien haittojen korjaamisessa. Välittömien kustannusten lisäksi päihteet aiheuttavat vaikeammin arvioitavia välillisiä kuluja mm. päihdeongelmaisen menetetyistä työpanoksesta. (Jääskeläinen & Österberg 2013.)

### 3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN INTEGRAATIO

#### 3.1 Integraatio hyvinvointipalveluissa

Suomessa ja muissa länsimaissa terveys- ja sosiaalipalvelut ja hyvinvointipalveluita toteuttavat ammattiryhmät ovat eriytyneet toisistaan palvelujärjestelmien kehittyessä mm. erillisen rahoituksen ja sääntelyn vuoksi (Kodner & Spreeuwenberg 2002; Andersson & Karlberg 2000). Tämä jakautuminen on eri alojen erikoistumisen kautta tuonut kehittyntä osaamista, mutta toisaalta eriytyminen on myös hankaloittanut palvelujärjestelmän kokonaisuuden hallintaa. Jakautuminen on todennäköisesti vaikuttanut myös erilaisten institutionaalisten ja ammatillisten kulttuurien kehittymiseen, jotka taas ovat voineet syventää eriytymistä ja hankaloittaa eri tahojen välistä yhteistyötä. (Åhgren 2007; Lyngso ym. 2014.)

Tiiviimmälle palveluiden väliselle yhteistyölle ja jopa yhdistämiselle on tarvetta, sillä eriytynyt palvelujärjestelmä ei kykene parhaalla mahdollisella tavalla vastaamaan mm. ikääntyvän väestön palvelutarpeisiin ja monien sosiaalisten ja terveysongelmien yhteisesiintyvyyden ja pitkään jatkuvan palvelutarpeen asettamiin haasteisiin (Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002). Eriytyneessä palvelujärjestelmässä asiakkaan ongelmien hoitoa toteuttaa useampi erillinen hoitotaho, mutta millään taholla ei ole varsinaisesti vastuuta asiakkaan kokonaistilanteesta. Erillisiä hoitotahoja ohjaavat eri säännökset, hoitokulttuurit ja rahoitus, eivätkä tahot välttämättä kommunikoi keskenään. Lähentymiselle ja integraatiolla on nähty tarvetta myös taloudellisuuden näkökulmasta: Erillisten tahojen yhteistyö todennäköisesti nopeuttaisi tarvittavan palvelukokonaisuuden arvioimista ja järjestämistä, toisi kustannustehokkuutta päällekkäisen työn vähentyessä, ja vähentäisi asiakkaan riskiä jäädä ilman tarvitsemiaan palveluita. (Kodner & Spreeuwenberg 2002; Mueser & Gringerich 2013.)

Terveys- ja hyvinvointipalveluiden tutkimuksessa ja käytännön kentällä integraation määritelmä vaihtelee eri konteksteissa (Lyngso ym. 2014). Määritelmien painotukset vaihtelevat taloudellista tehokkuutta, päällekkäisyyksien poistamista, ja hallinnoinnin ja koordinoinnin helpottamista korostavista puolista hoidon jatkuvuutta, potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kohtaamista, ja palveluiden saatavuutta korostaviin määritelmiin (Kodner & Spreeuwedner 2002). *International Journal of Integrated Care* -lehdessä esitetty määritelmä painottaa nimenomaan palvelujärjestelmässä

tapahtuvaa eri sektoreiden yhteistyön ja yhdistymisen lisäämistä asiakaslähtöisesti ja järjestelmän tehokkuutta parantavasti:

“Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and settings. The result of such multi-pronged efforts to promote integration for the benefit of these special patient groups is called ‘integrated care.’” (Kodner & Spreeuwedner 2002.)

### 3.2 Integraatio mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Mielenterveys- ja päihdehoidon integraation voidaan katsoa olevan yksi osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä tapahtuvaa integraation suuntausta. Integroidut mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät ole hoitomuoto tai -interventio, vaan integraatio liittyy palvelujärjestelmän toimintaan ja kaksoishäiriöasiakkaan kohtaamiseen palvelujärjestelmässä (Aalto 2007). Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat sekä Suomessa että useimmissa muissa länsimaissa toimineet pitkälti erillisinä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteiskunnallisella tulkinnalla on todennäköisesti ollut vaikutusta siihen, millaisia instituutioita ja käytäntöjä on rakentunut vastaamaan näiden ongelmien aiheuttamiin haittoihin. Vielä 60-luvulle tultaessa alkoholismi näyttäytyi medikaalisen mallin kautta sairautena, jossa yksilö ei kykene hallitsemaan juomiseen liittyvää käyttäytymistään (Denzin, 1993, 14; Jellinek 1960). Medikaalisessa mallissa päihderiippuvuutta tarkastellaan yksilön juomiskäyttäytymisen kautta. 1900-luvun puolivälissä päihdeongelmien tulkinta alkoi kuitenkin muuttua yksilöpainotteisuudesta kohti yhteiskunnan ja yhteisöjen rakenteiden sekä yksilön sosiaalisten suhteiden ja persoonallisuuden vaikutusta korostavaa selitysmallia (Bruun 1956, 199–202). Etenkin Suomessa Kettil Bruunin vahva näkemys siitä, että alkoholiongelmat ovat sosiaalisia ongelmia ja kokonaiskulutukseen vaikuttaminen on parasta alkoholiongelmiin ehkäisyä ja hoitoa (Bruun 1971), on todennäköisesti vahvistanut päihdehuollon palveluiden sijoittumista sosiaalihuoltoon eikä terveydenhuoltoon.

Tutkimuskirjallisuudessa ja käytännön palvelujärjestelmässä mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiolla voidaan tarkoittaa useita eri asioita, kuten esimerkiksi päihdepalveluiden yhteistyötä muiden terveys- ja sosiaalipalveluiden kanssa, eri palveluiden hallinnon ja resurssien yhdistämistä,

yhteistä lainsäädäntöä ja ohjausta, tai palveluiden tosiasiallista tarjoamista yhden oven periaatteella. (Stenius ym. 2012; Rush & Nadeau 2011.)

Rush ja Nadeau (2011) havainnollistavat mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation eri puolia jakamalla integraation järjestelmätason ja palvelutason integraatioon. Järjestelmätason integraatiolla tarkoitetaan moninaisia variaatioita, joissa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hallinto, ohjaus, resursointi tai toiminnan ja vaikutusten seuranta on yhdistetty. Palvelutason integraatio taas tarkoittaa sitä, että asiakas saa yhtäaikaaisesti hoitoa sekä mielenterveys- että päihdeongelmaansa yhden oven periaatteella. Yhtäaikaista hoitoa voi toteuttaa yksi hoitotaho, mutta myös fyysisesti erilliset hoitoyksiköt voivat toteuttaa hoidon yhteistyönä (ks. myös Mueser & Gringerich 2013). Moniongelmaisen asiakkaan kannalta palvelutason integraatio on oleellisempi hoitoon vaikuttava tekijä, sillä palveluiden ollessa integroituneita asiakkaan ei tarvitse ”itse integroida” palveluita tarvitsemakseen kokonaisuudeksi (Aalto 2007). Järjestelmätason integraation eduiksi on taas katsottu kustannustehokkuus ja suunnitelmallisuus (Kodner & Spreeuwenberg 2002).

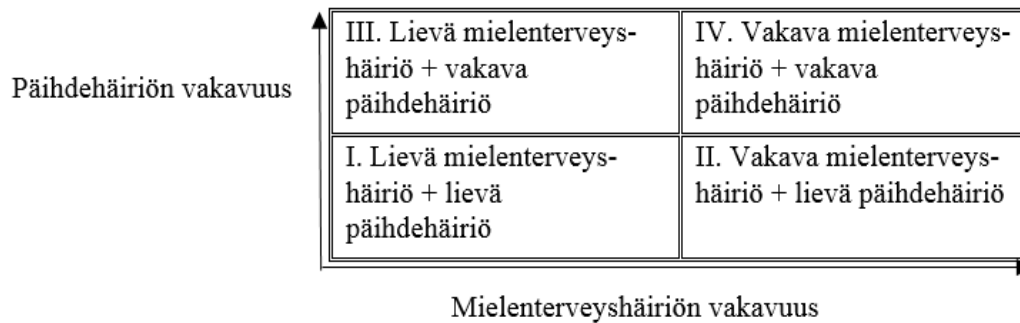
Kuten luvussa 2 on kuvattu, Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluita tuottavat julkiset sosiaalipalvelut, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, sekä kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat. Päihde- ja mielenterveyspalvelut järjestetään pitkälti erillisinä: päihdehuolto on perinteisesti järjestetty osana sosiaalihuoltoa, kun taas mielenterveyspalvelut kuuluvat vahvasti terveydenhuollon alaisuuteen. Palveluita määrittävät myös pääosin erilliset lainsäädännöt ja rahoitus.

Toistaiseksi kunnat ovat saaneet itse määrittää palvelurakenteensa väestön tarpeiden mukaan. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenne vaihtelee paljon kunnittain. (Stenius ym. 2012; Harjajärvi ym. 2006.) Yhtäaikaaisesta päihde- ja mielenterveyshäiriöstä kärsivillä on riski jäädä väliinputoajiksi järjestelmässä, jossa päihde- ja mielenterveyspalvelut toimivat erillisillä tahoilla. Asiaan on kiinnitetty merkittävää huomiota viime vuosina (Kampman & Lassila 2007, 4448), ja kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma suosittelee erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämistä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, ks. tarkemmin seuraava alaluku).

Suomessa yhtäaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitosuosituksia linjataan käypä hoito -suosituksissa alkoholi- ja huumausaineriippuvaisten hoitosuosituksien sekä eri mielenterveyden häiriöiden hoitosuosituksien yhteydessä (esim. alkoholiongelmaisen hoito 2015, huumeongelmaisen hoito 2012, depressio 2016, kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013). Kansallinen mielenterveys- ja

päihdesuunnitelma on linjannut yleisemmällä tasolla informaatio-ohjauksellisesti mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen, ohjaukseen ja asiakkaan asemaan liittyviä seikkoja (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Sekä käypä hoito -suositukset että Mieli-suunnitelman linjaukset pohjautuvat tieteellisesti tutkittuun tietoon ja asiantuntijoiden näkemyksiin vaikuttavan ja eettisen hoidon toteuttamisesta. Palveluiden järjestämiseen liittyvä tutkimustieto on huomattavasti vähäisempää kuin hoitointerventioiden tutkimus, joten mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen ja palveluiden järjestämiseen liittyviä tarkkoja suosituksia on myös huomattavasti hankalampi määritellä. Tutkimustulokset palveluiden erilaisten järjestämistapojen vaikuttavuudesta ovat vaihtelevia ja osin ristiriitaisia. Integroitujen palveluiden ja interventioiden tutkimus on hyvin haasteellista, sillä hoitopopulaation pysyminen seurannassa on heikkoa, ja kaksoisdiagnoosi ja integroitu hoito määritellään vaihtelevin tavoin (Jeffrey ym. 2000). Seuraavaksi esiteltävään mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatioon liittyvän tutkimustiedon ja seuraavassa alaluvussa esiteltävän Mieli-suunnitelman linjauksien osalta on huomioitava, että nämä rakentuvat hoitojärjestelmän historian, käytäntöjen ja aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta, joten ne tulee myöskin ymmärtää osana ajallista kontekstiaan sekä sellaisina järjestelmän piirteinä, joita on mitattu ja raportoitu lääketieteen ja terveystaloustieteen tutkimusten menetelmien mukaisesti. (Ks. esim. Aalto 2007.)

Yhtäaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmaa sairastavien hoidon järjestämistä on mallinnettu suomalaisessa kontekstissa nelikenttämallilla (kuvio 3, Lassila & Kampman 2007). Nelikenttämalli voidaan nähdä porrasteiseksi, sillä hoitotaho määrittyy häiriön vakavuuden perusteella. Nelikenttämallin mukaisesti lievät mielenterveys- ja päihdeongelmat voidaan hoitaa perusterveydenhuollon yhteydessä (I.). Vaikeammat mielenterveyden häiriöt yhdessä lievän päihdeongelman kanssa voidaan hoitaa mielenterveyspalveluissa (II.) ja vaikeammat päihdeongelmat lievän mielenterveyden häiriön kanssa päihdehuollon erityispalveluissa (III.). Mallissa vaikeiden kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito suositellaan järjestettäväksi joko erityistason päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyönä tai yhdistetyllä hoitotiimillä (IV.).



Kuvio 3. Nelikenttämalli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon porrastukseen (Lassila & Kampman 2007).

Yhteistyönä mielenterveys- ja päihdehoitoa on toteutettu jaksottaisilla ja rinnakkaisilla hoitomalleilla. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan mielenterveys- ja päihdehäiriötä jaksoittain vuorotellen eri tahoilla, ja rinnakkaisessa mallissa hoidetaan molempia häiriöitä yhtä aikaa, mutta eri tahoilla. (Esim. Woody 1996; Aalto 2007.) Tällaisissa hoitomalleissa ongelmana ovat eri hoitotahojen yhteydenpidon puute ja erilaiset hoitokäytännöt (Mueser ym. 2003). Jaksottaisista ja rinnakkaisista hoitomalleista syvemmälle vietyä yhteistyötä on palvelutason integraatio, jossa sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa hoidetaan yhden hoitotiimin tai yhden palveluyksikön toimesta (Morisano ym. 2014). Pisimmälle vietyä integraatiota olisi yhdistetty mielenterveys- ja päihdehoito, joka sijoitettuna nelikenttämalliin vastaisi nimenomaan vakavasta päihde- ja mielenterveysongelmasta kärsivien palvelutarpeeseen. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden yleisyys hoitopopulaatiossa puhuu tiiviimmän yhteistyön tai jopa yhdistämisen puolesta (mm. Pirkola & Wahlbeck 2004; Aalto 2007).

Tutkimuksissa on saatu vaihtelevaa näyttöä erillisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja yhdistettyjen palveluiden vaikuttavuuden eroista. Pääsääntöisesti erillisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyönä toteutetuista hoitomalleista on hyviä tuloksia kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa (Kampman & Lassila 2007). Jonkin verran on löydetty viitteitä siitä, että yhdistetyillä mielenterveys- ja päihdepalveluilla voitaisiin parantaa erityisesti vaikeista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien hoidossa pysymistä, lieventää oireita ja vähentää päihdekäyttöä (Drake ym. 1998). Yksittäisissä tutkimuksissa on kuitenkin todettu esimerkiksi psykiatrisen oireilun vähentyneen enemmän erillisten hoitotahojen yhteistyönä toteuttamalla hoidolla

kuin integroidun hoitotiimin toteuttamalla hoidolla (Rosenheck ym. 2003), mutta toisaalta on myös viitteitä siitä, että erillisten tahojen toteuttamassa hoidossa hoitotulokset jäävät heikommiksi kuin integroidun hoitotiimin toteuttamana (Rush ym. 2008). Järjestelmätason integraation vaikutuksista ei ole kovinkaan paljon tutkimusnäyttöä, mutta on joitain viitteitä siitä, että järjestelmätason integroituneet palvelut voivat parantaa hoidon jatkuvuutta (Durbin ym. 2004).

Integroitua mielenterveys- ja päihdehoitoa tarkastelleissa laajemmissa kirjallisuuskatsauksissa ei ole toistaiseksi löydetty systemaattista näyttöä siitä, että integroiduilla hoitomalleilla olisi erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita parempia hoitotuloksia (Jeffrey ym. 2000; Hunt ym. 2013; Donald ym. 2005). Viitteitä ei ole myöskään siitä, että integroitu hoito olisi vähemmän vaikuttavaa kuin erillisenä toteutettu mielenterveys- ja päihdehoito. Katsauksissa todetaan, että muun muassa kaksoisdiagnoosin vaihtelevien määrittelyjen ja potilaiden heikon seurannassa pysymisen vuoksi olemassa olevien tutkimusten perusteella ei ole vielä riittävää näyttöä arvioida yhdistettyjen tai erillisten hoitotiimien vaikuttavuuden eroja. Katsaukset on esitelty tarkemmin taulukossa 2.

Tutkimuksissa on löydetty näyttöä joistain osatekijöistä, jotka näyttäisivät lisäävän integroidun hoidon tuloksellisuutta. Hoitavan tahon perehtyneisyys sekä mielenterveys- että päihdehäiriöiden hoitoon ja tutkimukseen on tärkeää, ja että riippuvuutta ja muita psyykkisiä oireita hoidetaan rinnakkain (alkoholiongelmaisen käypähoito 2015). Perehtyneisyys tarkoittaa myös laajaa hoitovalikoimaa sisältäen sekä psykiatrisen hoidon että erilaiset riippuvuuksien lääkehoidot ja lääkkeellisen vieroitushoidon, sekä psykososiaaliset hoidot, kuten motivoivan haastattelun, retkahduksen ehkäisyyn tähtäävät ohjelmat, perheinterventiot, yhteisövahvistusohjelman, kahdentoista askeleen ohjelman ja sosiaalisten taitojen harjoittelun (Drake ym. 2007; Drake ym. 1998). Hoidon tulisi toteutua asiakkaan yksilöllisistä tarpeista käsin, *case management* -työotteella (Adams & Drake 2006). Aktiivisen hoidon lisäksi oleellinen osa hoitoa on motivointi hoitoon ja motivaation ylläpito pitkäaikaisesti muutosvaihemallin mukaisesti (Mueser ym. 2001; muutosvaihemallista tarkemmin esim. Prochaska ym. 1992). Moniammatillisuus yhdistetyssä hoidossa on keskeistä, ja hoidon aikana tulisi tarkastella myös potilaan elämänlaatua ja toimintakyvyn kehitystä. (Pechter & Miller 1997; Mueser ym. 2003; Aalto 2007; Alkoholiongelmaisen hoito 2015; Huumeongelmaisen hoito 2012; Drake ym. 1998.)

*Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksia yhdistetyn mielenterveys- ja päihdehoidon vaikuttavuudesta.*

Artikkeli ja tekijät	Toteutus	Keskeiset tulokset
<p>Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse.</p> <p>Jeffery, D., Ley, A., McLaren, S. &amp; Siegfried N. (2000)</p> <p>Hunt, Siegfried, Morley, Sithartan &amp; Cleary (2013)</p>	<p>Cochrane-katsaukset.</p> <p>Yhtäaikaisesta päihdeongelmasta ja vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivien potilaiden hoito-ohjelmien tuloksellisuus.</p>	<p>Katsauksissa ei löydetty selkeitä viitteitä siitä, että yhdistetyn päihde- ja mielenterveyshoidon vaikuttavuus eroaisi erillisillä tahoilla toteutetun hoidon vaikuttavuudesta. Mikään tietty hoito-ohjelma ei näyttäydä muita vaikuttavampana. Katsauksiin valikoituneiden tutkimusten perusteella ei vielä ole riittävää näyttöä eri hoito-ohjelmien vaikuttavuuden erojen arvioimiseksi.</p>
<p>Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials</p> <p>Donald, M, Dower, J, &amp; Kavanagh, D. (2005)</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Arvioitu yhdistettyjen ja erillisenä toteutettujen hoitointerventioiden vaikuttavuutta kaksoisdiagnoosipotilailla. Aineistona kymmenen satunnaistetulla koeasetelmalla toteutettua tutkimusta.</p>	<p>Katsauksessa ei löydetty systemaattista näyttöä siitä, että integroidut hoitomallit olisivat erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita vaikuttavampia. Tutkijat kuitenkin nostavat esiin, että kaksoisdiagnoosipotilaiden interventioiden tutkimus on haasteellista potilaiden heikon seurannassa pysymisen vuoksi, ja lisätutkimusta hoitointerventioista tarvitaan.</p>

Integroitujen päihde- ja mielenterveyspalveluiden voidaan ristiriitaisesta tutkimusnäytöstä ja mittaamisen haasteellisuudesta huolimatta olettaa vastaavan kaksoisdiagnoosipotilaiden tarpeisiin erillisiä hoitotahoja paremmin. Hoitoon hakeutuminen ja pääsy voi olla helpompaa yhden oven -periaatteella. Tämä voi mahdollistaa myös varhaisemman puuttumisen ongelmiin. (Rush & Nadeau 2011.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon tarpeen pitkäaikaisuus ja häiriön aaltoilevuus voivat tulla paremmin huomioiduksi yhden hoitotahon toteuttaessa hoitoa (Aalto 2010, 184–188). Integroitu hoitava taho voi kyetä paremmin vastaamaan hoidon tarpeeseen ja välttää myös erillisten hoitotahojen mahdolliset päällekkäiset kustannukset (Stenius 2009). Integroidussa järjestelmässä erillisten yksiköiden ns. osaoptimointi voi muuttua kohti järkevämpää kustannusten kokonaisuuden hallintaa, eikä hoitotahojen tarvitse kilpailla samoista niukoista resursseista (Rush ym. 2008).



### 3.3 Mieli-suunnitelman linjaukset

Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriön asetti työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa, jolla linjattaisiin kansallisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä. Näille linjauksille nähtiin tarvetta, sillä mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma, ja näihin häiriöihin liittyvä työkyvyttömyys on kasvanut. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 3.) Työryhmän valmistelemassa mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmassa vuosille 2009–2015 (Mieli-suunnitelma) asetettiin informaatio-ohjaukselliset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi näiden kuuden vuoden ajalle. Suunnitelman neljä osa-aluetta ovat 1) asiakkaan aseman vahvistaminen, 2) ennaltaehkäisyyn panostaminen, 3) ohjauskeinojen kehittäminen ja 4) palvelu- ja hoitoketjujen parantaminen. Mieli-suunnitelma ei ole poliittinen ohjelma, vaan sen ovat laatineet mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijat. Mieli-suunnitelman voidaan katsoa heijastaneen sen laatimishetken parasta ymmärrystä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseen, ja se on noudattanut myös maailman terveysjärjestö WHO:n kansanvälisiä linjauksia. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.) Suunnitelma on tärkeä osa tämän tutkimuksen yhteiskunnallista kontekstointia, sillä suunnitelman yhtenä linjauksena on nimenomaan erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistäminen. Suunnitelmaa esitellään tässä tutkielmassa myös muilta osin, jotta lukijalle välittyä kuva Mieli-suunnitelman kokonaisvaltaisista tavoitteista.

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi suunnitelmassa linjataan, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsyä ja palveluiden saatavuutta tulisi vahvistaa, ja palveluihin pitäisi päästä helposti yhden oven -periaatteella. Lisäksi suunnitelmassa linjataan kokemus- ja vertaistoimijoiden mukaan ottamisesta palveluiden kehittämiseen ja arviointiin, tahdosta riippumattoman sairaalahoidon ja pakon käytön vähentämisestä, sekä hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan kehittämisestä hoitoon motivoivaksi ja helpottamaan työelämään paluuta. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisemiseksi suunnitelmassa painotetaan alkoholiverotuksen korottamista, hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistamista sekä ongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisemistä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 17–26.)

Ohjauskeinoiksi, joilla suunnitelman tavoitteisiin päästään, Mieli-suunnitelmassa linjataan mm. vaatimus mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen minimisisältöjen määrittämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksen opetusohjelmiin, sekä suositusten ja hyvien käytäntöjen kokoamisesta yhteen tietokantaan. Myös mielenterveys- ja päihdehuoltolakien yhdistämistä tulisi selvittää. Ohjauskeinoksi suositellaan myös, että kaikkien hallinnonalojen tulisi ottaa huomioon

toimintansa ja päätöstensä vaikutukset mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön. Lisäksi kunnat tarvitsisivat kohdennettuja valtionavustuksia perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 38–42.)

Palveluiden toimivan kokonaisuuden muodostamiseksi Mieli-suunnitelmassa linjataan, että kuntien vastuulla on koordinoida alueen palvelut toimivaksi kokonaisuudeksi. Perustason palveluja ja avopalveluja tulisi tehostaa lisäämällä päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, ja psykiatrinen sairaalahoito tulisi siirtää yleissairaaloiden yhteyteen. Lisäksi suunnitelmassa painotetaan työikäisten kohdalla häiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista, sekä työkyvyttömiä ja kuntoutujien työllistymisedellytyksien parantamista. Lasten ja nuorten kohdalla mielenterveys- ja päihdetyön tulisi toteutua ensisijaisesti lapsen omassa elinympäristössä. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöihin tulisi myös puuttua ajoissa. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 27–37.)

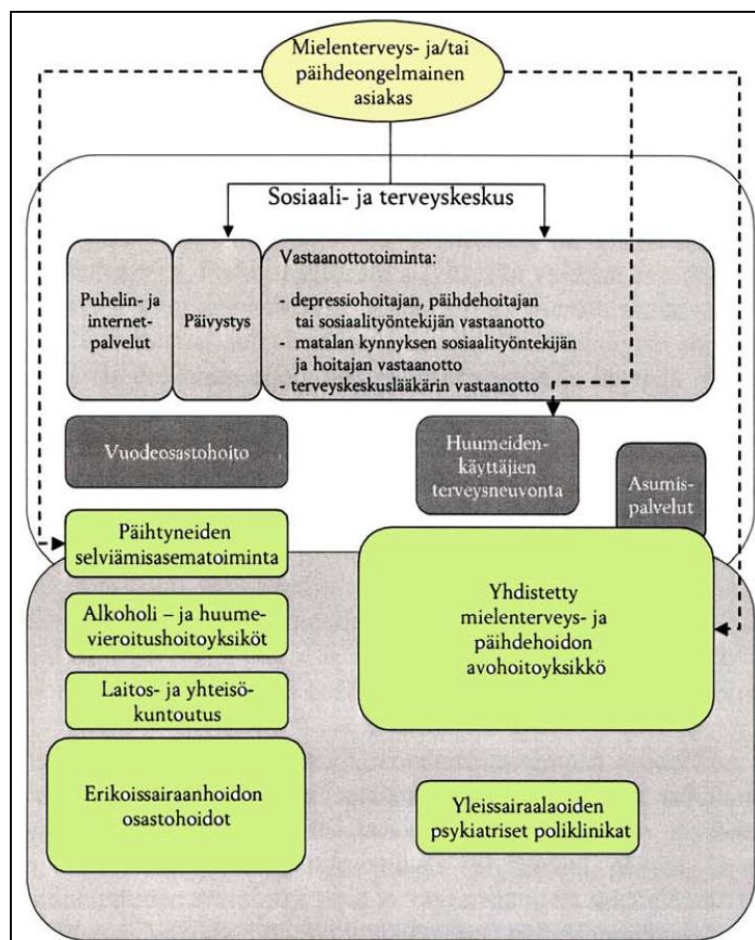
Tämän tutkimuksen kannalta oleellisin on Mieli-suunnitelman suositus erikoistason mielenterveyspalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoidon yhdistämisestä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 31). Mieli-suunnitelman väliraportissa (STM 2012) todetaan erikoistason integroiduista hoitoyksiköistä seuraavaa:

”Yksiköt voivat olla joko kuntien peruspalvelujen tai laajan väestöpohjan kuntayhtymien alaisia. Ne voivat sijaita yhdistetyssä sosiaali- ja terveyskeskuksessa, terveyskeskuksessa, sosiaalitoimessa esimerkiksi nykyisen A-klinikan tiloissa, yleissairaalan poliklinikalla tai täysin erillisenä. Yksikköjä yhdistettäessä on varmistettava kaikkien henkilö- ja osaamisresurssien säilyminen ja pyrittävä muodostamaan yksikkö, jossa erikoistason osaaminen mielenterveys- ja päihdetyössä yhdistyy ja jossa voidaan muodostaa tarpeen mukaisia hoidollisia työpareja ja ryhmiä. Yhdistyneissä yksiköissä hoidetaan psykooseista ja kaksisuuntaisista mielialahäiriöstä kärsiviä potilaita, kaksoisdiagnoosipotilaita, itsemurhavaarassa olevia, moniongelmaisia päihteiden sekakäyttäjiä ja huumeiden käyttäjiä, raskaana olevia päihteiden käyttäjiä ja muita vaativaa erikoistason hoitoa tarvitsevia mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Yhdistetyt yksiköt antavat myös monipuolista tukea peruspalveluille.” (s. 46.)

Suosittelusten mukaan myös perusterveydenhuollossa tulisi toimia mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistuneita sairaanhoitajia, ja terveyskeskuksissa pitäisi vahvistaa sosiaalityölähtöistä työtettä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden vuoksi terveyskeskuksen kaikkien lääkäreiden, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden tulisi myös pystyä tunnistamaan ja hoitamaan näitä ongelmia kuten

somaattisiakin sairauksia. Erikoistason integroitujen mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi Mieli-suunnitelman mukaan tukea perustasolla toteutuvaa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoa tarvittavilla konsultaatioilla ja työnohjauksella. (STM 2012, 45.)

Kuvio 4 kuvaa Mieli-työryhmän ehdotusta mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdehoitoyksiköiden sijoittumista tähän kokonaisuuteen. Yhtenäinen viiva kuvaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan ensisijaisen ja matalan kynnyksen hoitoon hakeutumisen reitin. Katkoviiva taas kuvaa asiakkaan muita hoitoon hakeutumisen reittejä joko palvelutarpeen luonteen tai kunnan käytäntöjen mukaan. Katkoviivalla tai yhtenäisellä viivalla kuvattuihin palveluihin hakeutumisen jälkeen hoitojärjestelmällä on vastuu ohjata asiakas tarvittaessa jatkohoitoon. Kuva ei sisällä näitä jatkohoitoon ohjaamisen reittejä, vaan ainoastaan asiakkaan hoitoon hakeutumisen polut. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 29.)



Kuvio 4. Mieli-työryhmän ehdotus mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi. Lähde: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 30.

### 3.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen liittyvät huolenaiheet

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden yleisyys hoitopopulaatiossa puhuu erillisten palveluiden tiiviimmän yhteistyön tai jopa yhdistämisen puolesta (mm. Pirkola & Wahlbeck 2004, Aalto 2007). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen liittyy myös mahdollisia huolenaiheita. Ovatko terveydenhuolto ja sosiaalihuolto tosiasiallisesti tasaveroisessa asemassa integraatiossa, vai onko integraatio terveydenhuoltolähtöinen uudistus? Heikentyykö päihdeongelman hoitoon pääsy ja kohtaaminen palveluissa? Säilyykö palveluissa yhdistämisen jälkeen riittävä osaaminen ja riittävät resurssit myös vain päihde- tai mielenterveysongelmaisten hoitoon? Toteutuuko integraatio Mieli-suunnitelman linjausten ja tavoitteiden mukaisesti, vai tavoitellaanko integraatiolla lähinnä alempia kustannuksia? Näitä huolenaiheita käsitellään tarkemmin tässä osiossa.

Ensimmäinen kriittinen kysymys liittyy yhteistyön tosiasialliseen toteutumiseen erillisiä palveluita yhdistettäessä. Onko integraatio eri tahojen todellista yhteistyötä? Katoaako erillisten palveluiden osaamisesta jotain yhdistämisen yhteydessä? (Everett ym. 2001.) Kuussaari ja Partanen (2010) arvioivat, että erityisesti sosiaalityön aseman säilyttäminen integroiduissa palveluissa voi olla haasteellista. Sosiaalihuollon piirissä toteutettu päihdehuolto nojaa vahvasti psykososiaalisiin interventioihin, joita voidaan tarvittaessa tukea lääkehoidolla. Tämä käytäntö vastaa myös hoitosuosituksia (Carter ym. 2009, 18; UKATT Research Team 2005; Alkoholiongelmaisen hoito 2015). Integraatiossa terveydenhuollon kanssa sosiaalityön rooli voi kuitenkin jäädä lääketieteellisesti tehokkaina pidettyjen keinojen toteuttamisen tukemiseen, eikä sosiaalityön asiantuntemusta käytetä liittyen sosiaaliseen syrjäytymiseen ja kasautuneisiin sosiaalisiin ongelmiin (Stenius & Tammi 2014). Tästä on jo olemassa esimerkki: huumeongelmaisten hoidon siirtyessä sosiaalihuollon piiristä kohti farmakologista korvaushoitoa, sosiaalihuollon rooli on jäänyt vähäiseksi. Korvaushoidon perusteena ja tavoitteena on haittojen vähentäminen lääkehoidolla, sen sijaan että tavoiteltaisiin huumeongelmaisen kuntoutusta ja elämänlaadun kohentamista psykososiaalisin interventioin. (Tammi 2007.) Moniammatillisuuden säilyminen integroiduissa palveluissa olisi kuitenkin suositeltavaa, sillä sosiaalityön osaamiseen sisältyy ymmärrys yhteisössä tarjolla olevista hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksista, kuten asumisen, lapsiperheiden, sairastuneen läheisten ja lähisuhteiden tuen palveluista, erilaisista kuntouttavista ryhmistä, sekä koulutukseen ja työtoimintaan liittyvistä palveluista, joiden kanssa tehtävä verkostoyhteistyö yhdessä toimeentulon turvaamisen ohella on oleellista kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa (Mueser & Gringerich 2013, 434). Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa työskentelyssä

tärkeässä roolissa ovat myös terapeutin allianssin luominen, yksilön omien tavoitteiden ja toiveiden tukeminen ja muutostmotivaation luominen, kognitiivis-behavioraaliset lähestymistavat sekä etenkin case management -työskentelyote (suom. yksilökohtainen palveluohjaus), jotka sisältävät vahvasti sosiaalityön osaamiseen (Mueser & Grangerich 2013, 422–9).

Toinen huolenaihe liittyy siihen, kuinka päihdeongelmaiset kohdataan integroiduissa palveluissa. Päihdeongelmat kantavat mukanaan vahvaa moraalista leimaa, kun taas mielenterveyden muut häiriöt mielletään helpommin sairauksiksi<sup>7</sup>. Tämä voi pahimmillaan johtaa siihen, että päihdehäiriöiden hoito mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhteisissä hoitopalveluissa saattaa jäädä toissijaiseen asemaan. (Carter ym. 2009, 24–26.) Daniel Wikler (2004) esittää alkoholin käytön ja tupakoinnin esimerkkeinä sellaisista terveyteen vaikuttavista tekijöistä, joiden valitsemisen moraalinen vastuu sijoitetaan usein yksilöön, eli päihteiden käyttö nähdään yksilön tekemänä vapaana valintana. Aivotutkijoiden mukaan päihteiden pakonomainen käyttö voi kuitenkin olla tahdosta riippumatonta käyttäytymistä. Sillä, nähdäänkö päihdeongelma yksilön vapaana valintana vai tahdosta riippumattomana käyttäytymisenä, on todennäköisesti vaikutusta siihen, nähdäänkö yhteisö velvollisena hoitamaan ongelmaa, vai onko yhteisön tehtävänä esittää moraalista paheksuntaa yksilön käytöstä kohtaan. Tahtotila palveluiden tarjoamiseen riippuvuusongelmien hoitamiseksi voi olla vähäisempi kuin sellaisissa terveysongelmissa, joihin ei yhdistetä vastaavaa mielikuvaa yksilön moraalista vastuusta tilanteeseensa. (Wikler 2004, 116–127; Perring 2011.)

Kolmas kritiikin aihe liittyy siihen, miten palveluiden integraatiossa huomioidaan myöskin se suurin osa päihde- tai mielenterveysongelmaisista, joilla ei ole häiriöiden yhtäaikaista esiintyvyyttä (Rush ym. 2008, 6). Säilyykö yhdistämisen myötä myös erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita, ja ovatko palvelut sellaisia, että potentiaaliset asiakkaat haluavat näihin hakeutua? Päihdeongelmaisten konkreettinen hoitoon pääsy voi hankaloitua, mikäli päihdeongelmaisten palvelut yhdistetään erikoistason mielenterveyspalveluihin. Erikoistuneet mielenterveyspalvelut vaativat yleensä lähetteen ja saattavat sisältää asiakasmaksuja, kun taas perinteiset päihdehuollon palvelut, kuten A-klinikat, ovat olleet saatavilla ilman lähetettä ja asiakasmaksuja. Mikäli päihdehuollon palvelut siirtyvät erikoissairaanhoidon lähetekäytäntöjen ja asiakasmaksujen piiriin, voi päihdeongelmaisten olla entistä hankalampi saada hoitoa riippuvuuteensa ja siitä aiheutuneisiin sosiaalisiin ongelmiin. Toisaalta vakavan päihdeongelman yhteydessä voi esiintyä myös sellaista epäsosiaalista käyttäytymistä ja sellaisia ulkoisia piirteitä, joiden vuoksi mielenterveyspalveluiden asiakkaat eivät

---

<sup>7</sup> Tosin myös mielenterveyden häiriöt ovat alttiita stigmatisaatiolle. Ks. esim. Kaltiala-Heino ym. 2001.

välttämättä halua asioida samoissa toimipisteissä päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa. Vaikka hoitopopulaatiossa häiriöiden yhtäaikainen esiintyvyys on hyvin yleistä, niin epidemiologisten tutkimusten perusteella häiriöiden yhtäaikainen esiintyvyys väestötasolla on kuitenkin harvinaisempaa kuin vain toisen häiriön esiintyvyys (Pirkola ym. 2006). Palvelujärjestelmän pitäisikin pystyä vastaamaan jatkossa myös erillisistä häiriöistä kärsivien hoidon tarpeeseen.

Neljäs huolenaihe koskee sitä, miten julkisen talouden resurssien niukkuus vaikuttaa Mieli-suunnitelmassa esitettyjen integraation linjausten käytännön toteutukseen. Palvelujärjestelmän reformeja aletaan toteuttaa pääsääntöisesti silloin, kun niille (syystä tai toisesta) avautuu mahdollisuus ja tarve (Whiteford, Harris & Diminic 2013; vrt. myös Kingdon 1995). Esimerkiksi Australiassa mielenterveyspalveluiden kehittämisessä tarpeen on huomattu nousevan usein kriisilähtöisesti tai mediassa huomiota saaneiden asioiden seurauksena (Whiteford, Harris & Diminic 2013). Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraation suositus ei kuitenkaan ole noussut esiin kriisilähtöisesti, vaan asiantuntijoiden laatimassa kansallisessa Mieli-suunnitelmassa, osana laajempaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuuden kehittämisen linjauksia (ks. tarkemmin luku 3.3, tämä tutkimus). Terveyspoliittisten ohjelmien toteutukseen ja toimeenpanoon vaikuttavat kuitenkin myös taloudellinen tilanne ja eri organisaatioiden ja intressiryhmien näkemykset, sekä erinäiset kulttuuriset, demografiset, sosiaaliset ja poliittiset tekijät (Longest 1998). Mieli-suunnitelman toimeenpano ajoittuu yhteiskunnalliseen kontekstiin, jossa vuoden 2008 finanssikriisin jäljiltä alijäämäiseksi jäänyt julkisen talouden rahoitusasema ja julkisen talouden kestävyysvaje ohjaavat kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämiseen sekä palvelutuotannon tuottavuuden kohottamiseen (Valtiovarainministeriön julkaisuja 6/2015, 13–14). Samaan aikaan sosiaalimenot ja terveyspalveluiden kustannukset uhkaavat kuitenkin kasvaa nopeasti (Tanhua & Knape 2016, 1; Harjajärvi ym. 2006, 22). Tällaisessa kontekstissa mahdollinen uhkakuva onkin, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiolla pyritään ensisijaisesti kustannusten hallitsemiseen. Palveluiden integraatiolla on potentiaalia vähentää kustannuksia, mutta tästä ei ole systemaattista tutkimusnäyttöä (Drake ym. 1998, 603). Tehokkaan yhdistetyn hoidon tarjoaminen voi nimittäin olla myös yhtä kallista kuin hoito erillisissä palveluissa (Drake ym. 2001, 472). Mikäli integraatio toteutetaan ensisijaisesti alhaisempia kustannuksia tavoitellen, voi tämä tarkoittaa heikennystä palveluiden laadussa.

### 3.5 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Mieli-suunnitelman suositus erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisestä sai ammattilehdissä osakseen kritiikkiä suunnitelman julkaisun jälkeen vuonna 2010 mm. siksi, että sen taustalla ei ollut kattavaa selvitystä olemassa olevista mielenterveys- ja päihdepalveluista. Suositusta kritisoitiin siitä, ettei sen yhteydessä esitetty perusteita sille, mikä on nykyisessä palvelujärjestelmässä toimivaa, ja mitkä taas muutosta vaativia kohteita. (Kuussaari 2010, 58.) Systemaattisten perusteiden puuttuminen itse suunnitelmasta on mielenkiintoista, sillä oletettavasti suositusten taustalla kuitenkin on jonkinlaiseen tietoon perustuva työryhmän jaettu ymmärrys palvelujärjestelmän nykytilasta ja muutosten tarpeista. Kattavaa ja systemaattista analyysiä suomalaisen palvelujärjestelmän yhdistetyistä mielenterveys- ja päihdepalveluista tai erillisten palveluiden yhteistyöstä ei kuitenkaan ole toistaiseksi tehty. Oman tutkimukseni tavoitteena onkin tarkastella, kuinka paljon sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavia palveluita on, ja mitä ammattiryhmiä näissä palveluissa toimii. Tutkimus lähestyy integraatiota REFINEMENT-hankkeen kvantitatiivisen palvelujärjestelmäaineiston avulla. REFINEMENT-hankkeessa kerättiin systemaattinen palvelujärjestelmäaineisto vuosina 2011–2014, mutta aineiston pohjalta ei ole vielä tarkasteltu tarkemmin mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota on aikaisemmin tarkasteltu Päähteet mielessä - tutkimushankkeessa, mutta kyseinen tutkimus ei kuitenkaan luonut kattavaa kuvaa siitä, kuinka paljon ja millaisia integroituneita palveluita Suomessa on. Hankkeessa tarkasteltiin sekä järjestelmä- että palvelutason integraatiota kahdeksassa kunnassa, ja tutkimushanke toi lisää ymmärrystä integraation erilaisista toteuttamistavoista, tasoista ja vaiheista eri kunnissa, sekä päihdehoidon yksiköiden kyvystä hoitaa myös mielenterveysongelmia (Stenius ym. 2015, 171). Tämän tiedon lisäksi tarvitaan kuitenkin myös kokonaiskäsitys palvelujärjestelmän nykytilasta, sillä tällaisen tiedon avulla voidaan verrata palveluiden vastaavuutta väestön tarpeisiin, tarkastella alueellisia eroja sekä asettaa selkeitä muutosehdotuksia ja seurata näiden toteutumista (Lee ym. 2014).

Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on tarkastella nimenomaan sekä mielenterveys- että päihdeongelmaisten hoitoa toteuttavia avohoidon palveluita perus- ja erikoistasolla. Integraation tasoista tämä vastaa pisimmälle vietyä integraatiota, eli yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita (tumma alue kuviossa 5). Tutkimuksen empiirisessä osassa ei siis tarkastella sellaista järjestelmätason integraatiota, jossa ei ole toteutunut palvelutason integraatiota, eikä sellaista palvelutason integraatiota, joka on toteutettu erillisten hoitotahojen yhteistyönä.



Kuvio 5. Tutkimuskohteen paikantuminen integraation eri tasoilla.

Yhdistettyjä palveluita tarkastellaan tässä tutkimuksessa väestöpohjaan suhteutettujen asiakastyön henkilöstöresurssien määrien kautta (vrt. MERTTU-hanke, jossa palvelujärjestelmiä tarkasteltiin palveluyksiköiden kautta). Henkilöstöresurssien määrän voidaan olettaa kuvaavan palvelujärjestelmää ja resursointia osittain tarkemmin kuin palveluyksiköiden lukumäärän tarkastelu. Alueella voi olla esimerkiksi yksi palvelutoiminto mielenterveysongelmien hoitoon ja yksi toiminto sekä mielenterveys- että päihdeongelmien hoitoon, mutta toiminnoissa voi olla hyvinkin erilaiset henkilöstöresurssit hoidon toteuttamiseen. Henkilöstöresurssien tarkastelu toimintojen lukumäärän sijaan antaa siten tarkemman kuvan, millaisiin palveluihin resurssit painottuvat. Tarkastelutapa ei kuitenkaan luo kokonaiskuvaa palveluiden saatavuudesta, johon vaikuttavat myös esimerkiksi toimintojen lukumäärä, aukioloajat ja palveluihin hakeutumisen prosessi.

Tutkimuksessa tarkastellaan yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita myös kriittisestä näkökulmasta moniammatillisuuden toteutumisen osalta. Vakiintunutta näkemystä siitä, millainen ammattiryhmien yhdistelmä takaisi vaikuttavimmat palvelut, ei toistaiseksi ole, mutta moniammatillisuutta pidetään kuitenkin keskeisenä (Segal ym. 2004). Moniammatillisuutta tarkastellaan tässä tutkimuksessa yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattiryhmittäisten henkilöstöprofiilien avulla. Tutkimuksessa pyritään löytämään mahdollisia viitteitä siitä, onko yhdistetyissä palveluissa erillisiä palveluita vähemmän moniammatillisuutta tai osaamisresursseja.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka paljon yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa esiintyy henkilöstöresursseina tarkasteltuna? Millaisia alueellisia eroja palveluiden tarjonnassa on?



2. Ovatko jotkin alueelliset taustamuuttajat ja yhdistettyjen palveluiden määrä yhteydessä toisiinsa?
3. Onko yhdistetyillä palveluilla yhteyttä eri ammattiryhmien osuuteen asiakastyön toteuttajina tai henkilöstöresurssien kokonaismäärään?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Aineiston keruu ESMS-Revised -kartoitustyökalulla

Tämän tutkimuksen aineistona on käytetty mielenterveys- ja päihdepalveluista kerättyä palvelujärjestelmätietoa Helsingin ja Uudenmaan (HUS), Kymenlaakson (Carea), Etelä-Karjalan (Eksote), Varsinais-Suomen (VSSHP) ja Pirkanmaan (PSHP) sairaanhoitopiirien alueilta. Sairaanhoitopiireillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitopiirien maantieteellisiä alueita, eikä sairaanhoitopiiriä organisaationa, ellei toisin mainita. Palvelujärjestelmäkartoitus on tehty käyttäen European Service Mapping Schedule -Revised (ESMS-R) luokittelutyökalua (Salvador-Carulla ym. 2012).<sup>8</sup> Kartoitus on tehty osana REFINEMENT -tutkimushanketta (REsearch on FINancing systems' Effect on the quality of MENTal health care)<sup>9</sup>. Carean, Eksoten, PSHP:n ja VSSHP:n alueiden kartoitustieto koskee vuoden 2013 tietoja. HUS:n alueen tiedot koskevat vuotta 2014.

REFINEMENT-tutkijaryhmä Suomessa (päävastuututkijana tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck) on toteuttanut palvelujärjestelmäkartoitukset sairaanhoitopiirien organisaatioiden tuella. Aineisto on kerätty yhteistyössä palveluntuottajien ja alueiden kuntien kanssa. Aineisto pohjautuu näiden tahojen antamiin tietoihin. Osittain aineistoon on täydennetty tietoja alueilla sijaitsevista mielenterveys- ja päihdepalvelutoiminnoista internetin ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimipaikkarekisterin (TOPI) perusteella. Mikäli joitain tietoja palveluyksiköiden toiminnan sisällöstä ei ole ollut saatavilla palvelun tuottajilta tai tilaajilta, on kyseiset tiedot määritetty puuttuviksi. Mikäli aineistosta puuttuu tietoja kokonaisten palveluyksiköiden olemassaolosta, ei tätä tietoa ole voitu huomioida tässä tutkimuksessa. Mikäli tällaisia puuttuvia yksiköitä kuitenkin on, ovat nämä inhimillisestä virheestä johtuvia, satunnaisia yksittäistapauksia, eivätkä oletettavasti aiheuta aineistoon vinoumaa.

---

<sup>8</sup> ESMS-R –oppaan suomennettu versio saatavilla osoitteessa

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103123/URN\\_ISBN\\_978-952-245-714-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103123/URN_ISBN_978-952-245-714-1.pdf?sequence=1). Viitattu 6.2.2016.

<sup>9</sup> REFINEMENT-tutkimushankkeen kotisivut osoitteessa <https://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/refinement>. Viitattu 7.2.2016.

ESMS-R -luokittelu- ja kartoitustyökalun ovat kehittäneet EPCAT-ryhmä (European Psychiatric Assessment Team) ja espanjalainen, moniammatilliseen mielenterveyspalveluiden arviointitutkimukseen erikoistunut PSICOST-yhdistys. ESMS-Revised on kehitetty European Service Mapping Schedule -työkalun<sup>10</sup> pohjalta nimenomaisesti mielenterveyspalveluiden kartoittamiseen. Strukturoidun kartoitustyökalun eduiksi on katsottu eri alueiden ja jopa eri maiden palvelujärjestelmien tarjonnan, saatavuuden ja käytön vertailun mahdollistaminen. (Salvador-Carulla ym. 2012, 7.) ESMS-R -työkalu on tarkoitettu terveydenhuollon järjestelmän ja palveluiden kartoittamiseen ja arviointiin sekä meso- että mikrotasolla. Mesotaso viittaa sosiaali- ja terveydenhuollon ylimpään hallinnolliseen alueeseen, jonka väestövastuualue on noin 50 000–500 000 asukasta. Mikrotaso viittaa palveluntuottajiin. (Salvador-Carulla ym. 2012, 12.) Suomalaisessa kontekstissa sairaanhoitopiirit ovat mesotasoa vastaava alue, joilla ESMS-R -kartoitus on toteutettu.

Tutkimusalueilta on kartoitettu ESMS-R:n kriteereiden mukaisesti kaikki sellaiset julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palvelut, joissa vähintään 20 % asiakkaista hoidetaan mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi. Perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdehoitoa toteuttava mielenterveystyöhön erikoistunut henkilökunta on sisällytetty kartoitukseen (esimerkiksi depressiohoitaja). Yleisistä, laajemmalle väestöryhmälle tarkoitetuista palveluista (esimerkiksi maahanmuuttajien palvelut tai alueellinen sosiaalihuolto) on otettu kartoitukseen mukaan sellaiset, joiden asiakaskunnasta yli 50 % käyttää edellä mainittujen kriteerien mukaisia mielenterveys- tai päihdepalveluita. (Salvador-Carulla ym. 2012, 8–9.)

Suomessa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kartoitus on rajattu koskemaan vain kunnallisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvia palveluita, joten monien yksityisten palveluntuottajien vastaanottopalvelut ja työterveyshuollon palvelut eivät ole mukana kartoituksessa. Kartoitus koskee työikäisen väestön palveluita, joten alle 18-vuotiaille ja pelkästään ikääntyneille suunnatut palvelut on jätetty kartoituksen ulkopuolelle. Kehitysvammaisten palveluita ei myöskään ole sisällytetty kartoitukseen.

Aineisto rakentuu vakiintuneista palveluyksiköistä (”basic stable input of care” eli BSIC) ja niiden pääasiallisista hoito- ja palvelutoiminnoista (”main type of care” eli MTC). ESMS-R:n mukaan palvelu voidaan määrittää BSIC:ksi, mikäli palveluyksikkö on rekisteröity oikeushenkilö. Palveluyksikkö voidaan määrittää BSIC:ksi myös, mikäli yksikkö täyttää seuraavista kriteereistä

---

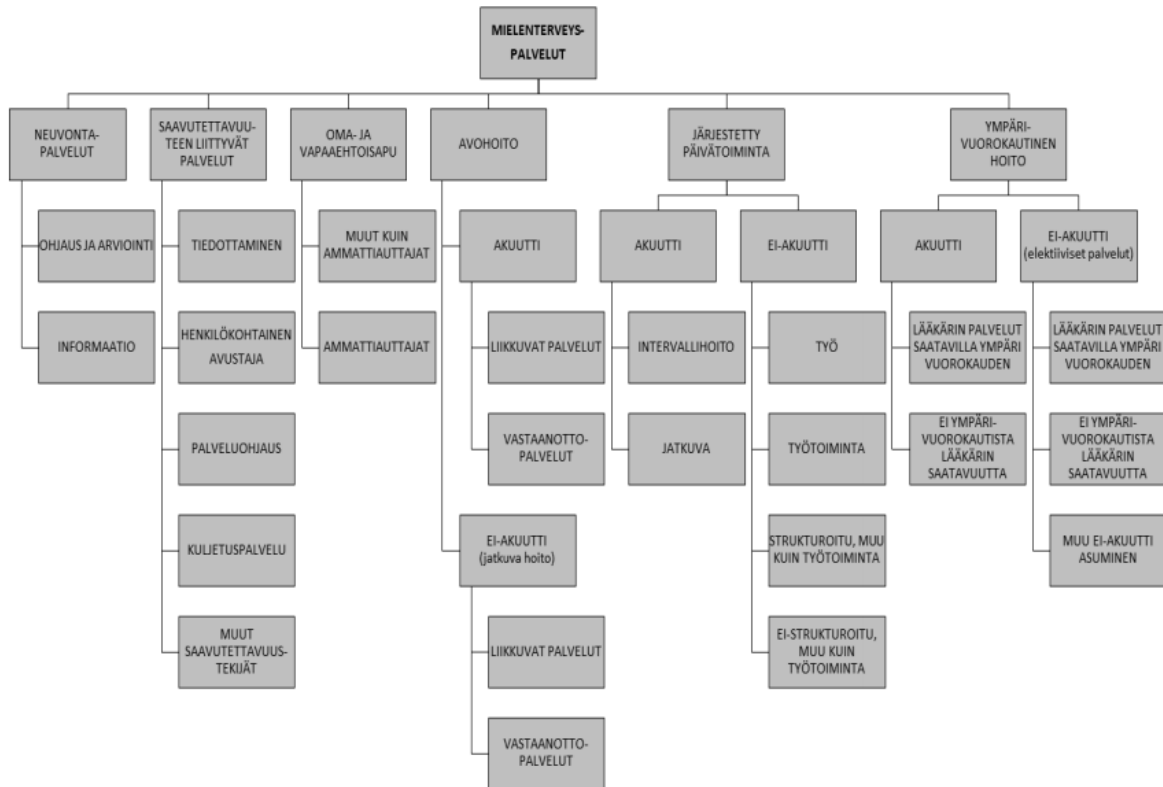
<sup>10</sup> ESMS-työkalua käytetty Suomessa MERTTU-hankkeen tiedonkeruussa vuonna 2004 (Harjajärvi ym. 2006).

vähintään neljä: palvelulla on 1) omat toimitilat, 2) oma, ammattilaisista koostuva henkilökunta, 3) yhtenäinen asiakaskunta, 4) oma kirjanpito ja rahoitus, tai 5) oma, eriytetty dokumentointi, mikäli yksikkö on osa laajempaa organisaatiota. Palvelu voidaan myöskin määrittää BSIC:ksi, mikäli edellä mainituista kriteereistä täyttyy kaksi ja lisäksi palveluyksiköllä on oma, itsenäinen hallintoyksikkönsä. (Salvador-Carulla ym. 2012, 8–9.)

BSIC on tärkeä kriteeri arvioitaessa palveluyksikön sisällyttämistä ESMS-R-kartoitukseen. Tutkimuksellisesti BSIC:n alakategorian muodostavat pääasialliset palvelutoiminnot eli MTC:t ovat kuitenkin oleellisempi osa luokitusta, sillä ne mahdollistavat alueiden välisen vertailun. (REFINEMENT-tutkimushankkeessa kerätyssä aineistossa MTC:t muodostavat aineiston yksiköt, joiden pohjalta voidaan vertailla eri alueiden palveluita sekä palvelujärjestelmässä ajassa tapahtuvia muutoksia.) MTC:n tarkoitus on kuvata palvelun tosiasiallista rutiinitoimintaa. BSIC:lle määritetään yksi tai useampia MTC-koodeja, jotka ovat toisensa poissulkevia. Pääasiallinen MTC-koodi kuvaa BSIC:n perustehtävää ja rutiinitoimintaa. Täydentäviä koodeja käytetään, mikäli BSIC sisältää myös muuta merkittävästi pääasiallisesta MTC-koodista eroavaa toimintaa (esimerkiksi sairaalan päivystysosasto, jonka yhteydessä toimii myös elektiivinen vastaanottotoiminta), tai mikäli palvelutoiminnon sisällä on toimintoja, joilla on päätoiminnoista erillinen henkilökunta, asiakaskunta ja tilat. (Salvador-Carulla ym. 2012, 9–11.) Esimerkiksi A-klinikkasäätiö on vakiintunut palveluyksikkö (BSIC), kun taas sen tuottamat avohoito ja päivä kuntoutusosasto ovat pääasiallisia rutiinitoimintoja (MTC).

Palvelutoiminnot luokitellaan ESMS-R:ssä puumallin mukaisesti (Salvador-Carulla ym. 2012, 10). Kuvio 6 havainnollistaa kartoituspuun pääpiirteitä. Kartoituspuu haarautuu seuraavan listan määritysten mukaisesti (kuviossa esitetty kohdat 1–3):

- 1) Pääasiallinen toiminta-ala: neuvonta, saavutettavuus, oma-apu ja vapaaehtoistoiminta, avohoito, päivätoiminta, tai ympärivuorokautinen hoito.
- 2) Akuutti palvelu tai ei-akuutti palvelu.
- 3) Palvelun yleinen luonne: liikkuvat palvelut tai vastaanottopalvelut, lääkärin palveluiden saatavuus.
- 4) Palvelun intensiteetti: hoitointensiteetti, joka voi vaihdella matalan, keskitason ja korkean hoidon intensiteetin välillä.
- 5) Mahdolliset erityis- ja lisämääreet.



Kuvio 6. ESMS-R kartoituspuu. Lähde: Salvador-Carulla ym. 2012, 19.

Eri alueiden palvelukokonaisuutta on tässä tutkimuksessa kuvattu pääasiallisten palvelutoimintojen (MTC) ja niiden henkilöstöresursoinnin kautta. Näihin pääasiallisiin palvelutoimintoihin viitataan jatkossa tässä tutkimuksessa käsitteillä *toimintoyksikkö* tai *palveluyksikkö*. Tässä tutkimuksessa käytetyistä muuttujista, ESMS-R -luokittelun määreistä ja tutkimusyksikköinä käytettävistä vertailtavista alueista kerrotaan tarkemmin seuraavassa osiossa.

## 4.2 Analyysissä käytetyt muuttujat

Tutkimuksessa on tarkasteltu psykiatristen sairaaloiden palvelualueiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon henkilöstöresursseja sekä näiden suhdetta mielenterveyspalveluiden tarvetta oletettavasti kuvaaviin alueellisiin taustatekijöihin. Muuttujat on esitelty tiivistetysti seuraavassa taulukossa 3. Muuttujien ja tutkimusyksiköiden tarkemmat kuvaukset on selitetty taulukon jälkeen.

Taulukko 3. Analyysin tutkimusyksiköt ja muuttujat.

Tutkimusyksikkö	Sairaanhoitoalue (n=16)
<b>Alueellinen palvelujärjestelmä:</b> avohoidon henkilöstöresurssien luokittelu eri kategorisointien perusteella  (Aineisto: ESMS-R -palvelujärjestelmäkartoitus)	Kokonaisresurssit (10,000 as. kohden) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perustaso / erikoistaso</li> <li>▪ Mielenterveys- / päihde- / integroidut mielenterveys- ja päihdepalvelut</li> <li>▪ Lääkärit / sairaanhoitajat / psykologit / sosiaalityöntekijät / muut ammattiryhmät</li> </ul>
<b>Alueelliset taustamuuttujat</b>  (Lähde: Tilastokeskus ja SotkaNet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Väestöpohjan koko (yli 18-vuotiaat)</li> <li>- Mielenterveysindeksi</li> <li>- Koulutustaso</li> <li>- Yksinasuvien osuus</li> <li>- Alkoholin myynti</li> <li>- Psykiatrisen laitoshoidon hoitovuorokaudet</li> </ul>

### Tutkimusyksiköt

Kartoitukseen osallistuneiden sairaanhoitopiirien sisällä on useampia psykiatristen sairaaloiden vastuualueita, joiden maantieteellisiä alueita käytetään tässä tutkimuksessa tutkimusyksikköinä. Näihin alueisiin viitataan jatkossa termillä *sairaanhoitoalue*. Tarkasteltavia sairaanhoitoalueita tässä tutkimuksessa ovat HUS:n alueella Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään, Helsingin, Porvoon, Jorvin, ja Peijaksen alueet, sekä VSSHP:n alueella Turun, Salonseudun, Vakka-Suomen, ja Turunmaan alueet, sekä PSHP:n alueella sijaitsevat Kaivannon, Vammalan ja Pitkäniemen sairaanhoitoalueet. Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien alueet vastaavat väestöpohjaltaan ja sairaalamääriltään sairaanhoitoalueita, joten näiden sairaanhoitopiirit muodostavat omat tutkimusyksikkönsä.

Kunnat ja kuntien muodostamat yhteistoiminta-alueet olisivat olleet mahdollinen valinta tarkasteltaviksi alueiksi, sillä näillä alueilla on sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu alueensa väestölle. Kuntien välillä onkin eroavaisuuksia palvelutarjonnassa (mm. Pirkola, Sund, Sailas & Wahlbeck 2009). Mielenterveyspalveluiden osalta sairaanhoitoalueiden voidaan kuitenkin arvioida olevan kuntia järkevämpi tutkimusyksikkö, sillä etenkin pienempien kuntien psykiatrisen hoidon kehitys on ollut vahvasti sidoksissa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon ja kehitykseen. Suomessa on myös väestöpohjaltaan hyvin pieniä kuntia, jolloin väkilukuun suhteutettuna muuttujat

voisivat saada hyvin äärimmäisiä arvoja yksittäisten ja harvinaisten tapausten vuoksi (yksittäinen tapaus muokkaa kahdentuhannen asukkaan kunnan keskimääräisiä asukaskohtaisia tietoja huomattavasti enemmän, kuin viidensadan tuhannen asukkaan kaupungissa). On kuitenkin todettava, että päihdepalveluiden osalta kunnat olisivat todennäköisesti psykiatrisia sairaanhoitoalueita järkevämpiä vertailualueita, sillä päihdehuolto on kehittynyt pitkälti kunnallisen sosiaalihuollon rinnalla (mm. Kaukonen 2000). Tämänkin tutkimuksen aineistosta huomattiin, että päihdepalveluiden tarjonnassa oli suurta vaihtelua sairaanhoitoalueiden sisällä, kuntien välillä (tarkastelukohteena PSHP:n alue 2013).

### **Avohoidon palvelut**

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon palvelujärjestelmiä sairaanhoitoalueilla. Aineistona käytetään REFINEMENT-hankkeen tutkimusalueilla ESMS-R -työkalun mukaisesti kartoitettuja mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidoksi luokiteltuja toimintoyksiköitä (ks. kuvio 5).

Avohoidon toiminnoksi ESMS-R määrittää palvelut, joissa asiakas voi olla yhteydessä ammattihenkilökuntaan mielenterveyden tai päihdeongelman tai näihin liittyvän vaikeuden vuoksi, ja jotka eivät kuulu ESMS-R -työkalussa tarkemmin määriteltyjen järjestettyjen päivätoimintojen tai ympärivuorokautisten toimintojen luokkaan. Pääsääntöisesti avohoidon palvelut eroavat päivätoiminnoista ja ympärivuorokautisista palveluista siten, että avohoidossa kontaktin pituus ammattihenkilöstöön on kestoaltaan suhteellisen lyhyt, ja asiakas viettää palvelussa vain henkilökohtaisen tapaamisen vaatiman ajan. (Salvador-Carulla ym. 2012, 26.)

Tähän tutkimukseen ei sisällytetty sellaisia avohoidoksi luokiteltuja toimintoyksiköitä, jotka oli aineistossa kuvattu itsenäistä asumista tukeviksi palveluiksi. Tämä valinta tehtiin siksi, että tutkimuksessa haluttiin tarkastella vain sellaisia avopalveluita, joihin asiakas voi itse hakeutua, tai joihin hänet ohjataan toisen palvelun kautta läheteellä. Itsenäistä asumista tukeviksi palveluiksi kuvatut avopalvelut ovat sekä palveluun hakeutumisen että palvelun sisällön kannalta erilaisia, kuin esimerkiksi terveyskeskuksen vastaanottopalvelut tai sellaiset liikkuvat avopalvelut, joiden pääasiallinen sisältö on mielenterveys- tai päihdeongelman hoito. Itsenäisen asumisen tuen palvelut pyrkivät pääsääntöisesti mahdollistamaan asiakkaan itsenäisen asumisen, eivätkä suoranaisesti hoida mielenterveys- tai päihdeongelmaa (vaikkakin nämä palvelut voivat sisältää asiakkaan elämänlaadun

ja hoidon kannalta erittäin tärkeitä elementtejä ja korvata ympärivuorokautisen asumispalvelun tai sairaalahoidon tarpeen). Henkilökunnan koulutustaso on alempi kuin muissa avohoidon palveluissa.<sup>11</sup> Asumispalveluksi kuvatut liikkuvat avopalvelut ovat pääasiassa asiakkaan saatavilla vasta pitkään jatkuneen hoitoprosessin jälkeen. Asumispalveluiden tarvearviointi tehdään pääasiassa erikoissairaanhoidossa, ja asiakkaan on usein lisäksi haettava asumispalveluun erikseen päätöstä myös kotikunnaltaan.

## **Henkilöstöresurssit**

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon kokonaisuutta tarkasteltiin alueittain toimintoyksiköiden asiakastyön henkilöstöresurssien ja ammattiryhmien kautta (lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja muut ammattiryhmät). Tässä tutkimuksessa *resursseilla* tarkoitetaan henkilöstöresursseja henkilötövuosina ilmoitettuna. Luvut on ilmoitettu vertailtavuuden vuoksi suhteutettuna kymmentä tuhatta alueen yli 18-vuotiaasta asukasta kohden. Henkilöstöresurssit on valittu tutkimuksen kohteeksi, sillä henkilöstöresurssien määrä ja ammattitaito ovat mielenterveys- ja päihdehoitotyössä oleellinen osa, jolla toteutetaan palvelutarpeen arviointia ja hoitosuositusten mukaisia hoitomenetelmiä. Henkilöstö muodostaa myös suuren osan kuluista näissä palveluissa. Henkilöstöresurssit kuvaavat kuitenkin vain osittain mielenterveys- ja päihdepalveluiden resurssien ja saatavuuden kokonaisuutta, johon kuuluvat myös mm. tilat ja välineet, palveluyksiköiden lukumäärä, palveluiden etäisyys palvelun käyttäjistä, hoitoketjujen toimivuus ja kulttuuriset seikat, jotka voivat vaikuttaa palveluihin hakeutumiseen. Toiminnan kustannukset taas vaikuttavat vaihtelevasti mutta väistämättä tehtäviin palveluiden järjestämisratkaisuihin.

Toimintoyksiköt voivat tuottaa palveluita myös muille kuin sijaintikuntansa asukkaille. Tämän vuoksi aineistosta määritettiin kullekin sairaanhoitoalueelle alueen asukkaiden käytettävissä olleet resurssit sen mukaisesti, miten toimintoyksiköt olivat aineistonkeruun aikana ilmoittaneet palveluidensa käytön jakautuvan. Carean ja Eksoten jyvitykset olivat saatavilla vertailualueen, eli näiden alueiden tapauksessa sairaanhoitopiirin, tasolla. VSSHP:n, PSHP:n ja HUS:n alueilla

---

<sup>11</sup> Poisjätettyjä asumisen tuen avotoiminnoiksi luokiteltuja palveluyksikköjä oli yhteensä 27 kappaletta, joista kymmenen oli Varsinais-Suomen, kymmenen Pirkanmaan, viisi Kymenlaakson ja kaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueelta. Näistä mielenterveysongelmaisten palveluita oli 14, päihdeongelmaisten neljä, ja sekä mielenterveys- että päihdeongelmaisten palveluita yhdeksän kappaletta. Henkilöstöresurssit näissä palveluyksiköissä koostuivat pääosin muut ammattiryhmät -luokasta.



tyvitykset on tehty myös pääosin käyttötietojen perusteella kunnittain ja sairaanhoitoalueittain. Yksittäisistä toimintoyksiköistä ei saatu näiden sairaanhoitopiirien alueilla tietoa, mistä kunnista ja miltä alueilta heidän palveluitaan on käytetty ja kuinka paljon, joten resurssit on näiden muutamien palveluiden osalta määritetty palvelun sijaintikuntaan, joka usein on kuitenkin palvelun ylivoimaisesti merkittävin käyttäjä.

### **Luokittelu perustason ja erikoistason palveluihin**

Resursseja tarkasteltiin jaoteltuna perustason ja erikoistason palveluihin. *Perustasolla* viitataan tässä tutkimuksessa sekä perusterveydenhuollon palveluihin että sosiaalipalveluihin, jotka ovat asiakkaan saatavilla ilman lähetettä. *Erikoistason* palvelut tarkoittavat erikoissairaanhoidon toimintoja sekä kuntien itse tuottamia erityistason palveluita, jotka sijoittuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin (esimerkiksi kunnalliset psykiatrian poliklinikat). Tällaisiin erikoistason palveluihin asiakas tarvitsee pääsääntöisesti lähetteen perustason palvelusta.

Perustason ja erikoistason palvelut oli valmiiksi koodattu REFINEMENT-tutkimushankkeessa kerättyyn aineistoon toimintoyksiköittäin. Poikkeuksena oli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksoten) tuottamat palvelut. Eksoten organisaatiossa on yhdistetty perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon saman tulostyöyksikön alle, joten sen tuottamat palvelut on alkuperäisessä aineistossa määritetty sote-alueen tuottamiksi palveluiksi. Palvelut toimivat kuitenkin erillisinä toimintoyksikköinä. (Eksoten organisaatiokaavio 10.6.2015.) Tämän tutkimuksen analyysia varten sote-alueen tuottamista avotoiminnoista luokiteltiin vertailtavuuden vuoksi muuta aineistoa vastaavasti perustason palveluiksi päihdepalvelut sekä sellaiset mielenterveys- ja päihdepalvelut, jotka toimivat perusterveydenhuollon toimipisteissä. Erikoistason palveluiksi luokiteltiin sellaiset palvelut, jotka toimivat konsultoivina tai erikoislääkärijohtoisina psykiatrian palveluina tai erillään perusterveydenhuollosta (esimerkiksi yleissairaalapsykiatrian osasto ja mielenterveyspäivystys- ja arviointipoliklinikka).

### **Palveluiden luokittelu mielenterveys-, päihde- ja integroiduiksi mielenterveys- ja päihdepalveluiksi**

Eri toimintoyksiköt luokiteltiin mielenterveysongelmaisten, päihdeongelmaisten, tai integroiduiksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluiksi sen perusteella, mille näistä asiakasryhmistä

toimintoyksiköt ilmoittivat tarjoavansa hoitopalveluita. Eri asiakasryhmille hoitoa tarjoaviin tahoihin viitataan jatkossa tässä tutkimuksessa käsitteillä *mielenterveyspalvelut*, *päihdepalvelut* ja *integroidut palvelut*. Jaottelulla kuvataan sitä, minkä asiakasryhmän palvelut ovat tosiasiallisesti saatavilla samasta toimintoyksiköstä. Integroitujen palveluyksiköiden osalta on huomioitava, että sekä mielenterveys- että päihdehoito voi tässä tarkoittaa joko vain kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa tai valmiutta hoitaa erillisiä mielenterveys- ja päihdeongelmia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä integraatiota on mitattu eri tavoin. Osa mittareista tarkastelee järjestelmätason integraatiota, osa prosesseja, ja osa esimerkiksi toimintakulttuuria. Systemaattisesti käytettyjä integraation mittareita tai kattavia määritelmiä ei ole. (Lyngso ym. 2014.) Tässä tutkimuksessa käytetty integroituneen mielenterveys- ja päihdepalvelun määritelmä on suppea, sillä se sisältää vain hoitoyksikön tai hoitotiimin itse ilmoittaman tiedon siitä, toteutetaanko yksikössä sekä mielenterveys- että päihdehoitoa, vai vain toista näistä. Lähestymistapa soveltuu tämän tutkimuksen tarpeisiin tarkastella yhdistetyn mielenterveys- ja päihdehoidon määrää henkilöstöresursoinnin kautta, mutta esitettävät luvut eivät kerro eri hoitotahojen yhteistyöstä tai järjestelmätason integraatiosta, joten lukuja ei voi sellaisenaan käyttää integraation kokonaisuuden mittareina.

### **Väestöpohjan koko ja mielenterveyspalveluiden tarpeen indikaattorit**

Alueellisina taustamuuttujana on tarkasteltu yli 18-vuotiasta koostuvan väestöpohjan kokoa. Väestöpohjan koon tiedot koskevat tietoja 31.12.2013. Tiedot on saatu tilastokeskuksen avoimesta tietokannasta ([www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi)).

Mielenterveyspalveluiden kysyntään ja mielenterveyteen vaikuttavat tekijät vaihtelevat alueittain. Tähän tutkimukseen on valittu mielenterveyspalveluiden tarvetta kuvaaviksi indikaattoreiksi THL:n ylläpitämästä SotkaNetistä tiedot alueiden kuntien ikävakioimattomasta mielenterveysindeksistä<sup>12</sup>,

---

<sup>12</sup> Mielenterveysindeksi on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama sairastavuusindeksi, jonka oletetaan kuvaavan väestön mielenterveyspalveluiden tarvetta suhteessa muihin alueisiin. Mielenterveysindeksi kuvaa arvioitua mielenterveyspalveluiden tarvetta kolmen eri tilaston kautta: itsemurhat ja itsemurhayritykset, psykoosiin liittyvät lääkkeiden erityiskorvausoikeudet, ja mielenterveyssyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet. Ikävakioimattomana indeksi kuvaa palvelutarvetta paremmin kuin ikävakioimaton indeksi, joka soveltuu paremmin eri alueiden väliseen vertailuun. Koko maata kuvaa viimeisimpänä mittauksen ajanjaksona luku 100, joten edellisten vuosien luvut vaihtuvat tiedon päivittyessä suhteessa uusimpaan indeksiin.

koulutustasosta<sup>13</sup>, yksinasuvien osuudesta<sup>14</sup>, 25–64 -vuotiaiden psykiatrisen laitoshoidon hoitovuorokausista<sup>15</sup> ja alkoholin myynnistä<sup>16</sup>. Tiedot koskevat vuotta 2012, paitsi mielenterveysindeksi koskee vuotta 2010. Sairaanhoitoalueittaiset luvut on laskettu käyttäen alueen kuntien yli 18-vuotiaiden asukkaiden lukumäärän mukaista painotettua keskiarvoa. Tiedot on ilmoitettu taulukossa 4. Mainittuja muuttujia pidetään yleisesti mielenterveyspalveluiden tarvetta tai mielenterveyttä kuvaavina muuttujina (esim. Ala-Nikkola ym. 2014). Nämä muuttujat voivat kuitenkin kuvata myös mielenterveyspalveluiden vaikuttavuutta, joten tässä poikkileikkausastelemassa muuttujia tulee tarkastella lähinnä alueellisten erojen kuvaajina.

Työttömyyttä ei otettu tähän tutkimukseen yhdeksi alueelliseksi taustamuuttujaksi, sillä painotetun keskiarvon laskeminen sairaanhoitoalueille työttömyyden osalta olisi vaatinut myös kunnittaisen tiedon työvoiman määrästä.

---

<sup>13</sup> Koulutustasomittain (ind. 180) ilmaisee perusasteen jälkeen suoritettua korkeimman koulutuksen keskimääräisen pituuden henkeä kohti (perusjoukkona yli 20-vuotiaat). Indikaattori on tilastopankki SotkaNetissä ilmaistu esimerkiksi lukuna 321, joka tarkoittaa noin 3,2 vuoden keskimääräistä teoreettista koulutusaikaa. Selkeyden vuoksi tässä tutkimuksessa luvut on muokattu vastaamaan jälkimmäistä ilmaisutapaa.

<sup>14</sup> Yhden hengen asuntokuntien osuus (ind. 324) lasketaan vakinaisesti varsinaisissa asunnoissa asuvista henkilöistä, joten luvuissa eivät näy esimerkiksi laitoksissa asuvat tai asunnottomat henkilöt.

<sup>15</sup> Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 25–64 –vuotiailla (ind. 2568) ilmaisee hoitopäivien lukumäärän tuhatta vastaavan ikäistä kohden. Mukana ovat kaikki kunnalliset, kuntayhtymien ja valtion psykiatrian erikoisalan vuodeosastot. Huom, painotettu keskiarvo tätä tutkimusta varten on laskettu käyttämällä kaikkien yli 18-vuotiaiden lukumäärää.

<sup>16</sup> Alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina (ind. 714) ilmaisee vuoden aikana alueella myytyä alkoholin määrää asukasta kohden. Alkoholin myynti on yksi indikaattori, jolla voidaan tarkastella alueen alkoholin kulutusta. Mittarin kohdalla tulee huomioida, että myös ulkopaikkakuntalaiset voivat tehdä ostoja alueilla.

Taulukko 4. Alueelliset taustamuuttujat.

	Alue	Väestö- pohja <sup>1</sup>	Mielenterveys- indeksi <sup>2</sup> (2010)	Koulutus- taso <sup>2</sup>	Alkoholin myynti <sup>2</sup>	Yksinasuvie n osuus <sup>2</sup>	Psykiatrinen sairaalahoito <sup>2</sup>
HUS	L-Uusimaa	35296	114	3	8,8	40,1	310
	Lohjan a.	70379	112	3,2	8	34,8	283
	Hyvinkää	139734	109	3,5	7,3	34,2	267
	Porvoo	74611	102	3,3	7,2	35,2	178
	Helsinki	501928	83	4,1	9,4	49	418
	Jorvi	230005	78	4,6	6,3	34,4	209
	Peijas	187332	103	3,4	8,1	38,1	249
Carea	Carea	143210	112	3	8,6	43,9	295
Eksote	Eksote	107612	105	3	9,4	43,6	292
VSSHP	Turku	151616	145	3,7	8,6	51,4	-
	Salon seutu	128039	104	3,2	6,5	37,2	-
	Vakka-S.	81391	101	3,2	7,8	35,7	-
	Turunmaa	18199	102	3,2	9,5	37,5	-
PSHP	Kaivanto	130885	95	3,2	7,5	37,9	267
	Vammala	46325	112	2,8	7,2	39,1	280
	Pitkänieniemi	246641	102	3,8	7,9	44,4	283

<sup>1</sup> Lähde: Tilastokeskus. Sairaanhoidon alueen yli 18-vuotiaiden asukkaiden lukumäärä 31.12.2013 mukaisesti.

<sup>2</sup> Lähde: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Mielenterveysindeksi vuonna 2010. Muiden muuttujien osalta tiedot koskevat vuotta 2012. Indikaattoreiden kuvaus ja numerot: Mielenterveysindeksi, ikävakioimaton, 254; Koulutustasomittain, 180; Alkoholiuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa, 174; Yhden hengen asutokunnat, % asutokunnista, 324; Psykiatrian laitoshoidon 25-64 -vuotiaiden hoitopäivät / 1 000 vastaavan ikäistä, 2568.

### 4.3 Kuvailevan kvantitatiivisen analyysin menetelmät

Edellisessä osiossa kuvatut muuttujat muodostavat tämän tutkimuksen aineiston. Tutkimusyksikköinä toimivat 16 sairaanhoitoaluetta. Alueellisia ja alueiden välisiä eroja resurssien määrissä ja jakautumisessa eri palveluihin on analysoitu resurssien väestöön suhteutettujen lukumäärien kautta.

Eri asiakasryhmien palveluissa toimivien ammattiryhmien osuudet on laskettu kyseisen asiakasryhmän (mielenterveys-, päihde- tai mielenterveys- ja päihdepalvelut) kokonaisresursseista erikseen perus- ja erikoistasolla. Luvut eivät siis esitä yksittäisten toimintoyksiköiden ammattiryhmittäisiä jakaumia, vaan ammattiryhmän osuutta kyseessä olevan asiakasryhmän

palveluiden alueellisessa kokonaisuudessa<sup>17</sup>. Osuuksia on havainnollistettu laatikko-viiksi-kuviolla. Tuloksia ei ole esitetty numeerisesti, sillä kuvio tarjoaa riittävän informaation ammattiryhmien osuuksien mediaanista, ala- ja yläkvartiileista, pienimmästä ja suurimmasta arvosta sekä poikkeavista arvoista. Integroitujen palveluiden osalta ammattiryhmien määriä on kuvattu myös väestöön suhteutettujen resurssien pylväskuviolla, jotka havainnollistavat resurssien määrien eroja eri alueilla.

Spearmanin korrelaatiokertoimella on tarkasteltu 1) eri taustamuuttujien välisiä, 2) alueellisia palvelujärjestelmiä kuvaavien muuttujien välisiä ja 3) taustamuuttujien ja palvelujärjestelmän muuttujien välisiä yhteyksiä tutkimuskysymysten mukaisesti. (Ks. muuttujista tarkemmin esim. taulukko 3.) Epäparametristä testiä käytettiin, sillä henkilöstöresurssien jakaumat olivat pääosin vinoja. Yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä ei ole testattu, sillä tutkimusyksiköitä on vain 16 kappaletta. Korrelaatiokertoimia onkin käytetty tässä tutkimuksessa kuvaamaan lähinnä havaintojen vaihtelua. Korrelaatioita on havainnollistettu tarvittavin osin visuaalisesti pisteparvikuvioiden avulla. Taustamuuttujien osalta alueelliset tiedot on esitetty osiossa 4.2.

Aineistoa pyrittiin analysoimaan useamman muuttujan lineaarisella regressiomallilla, mutta residuaalien hajonnan vuoksi analyysimenetelmä ei soveltunut tähän aineistoon. Tutkimusyksiköiden lukumäärän (16 kpl) vähäisyyden vuoksi regressiomalliin ei voitu sisällyttää myöskään useita selittäviä muuttujia. Tulos-osiossa on kuitenkin tarvittaessa havainnollistettu myös visuaalisesti useampaa muuttujaa samassa pisteparvikuvioissa.

Aineistossa oli muutamia puuttuvia tietoja henkilöstöresursseista. Puuttuvia tietoja oli Lohjan alueella yhden perustason päihdepalvelun lääkäriresursseista, Carean ja Pitkänien alueilla yksittäisen perustason päihdepalveluyksikön henkilöstöresursseista, ja Kaivannon alueella yhden erikoistason integroidun palveluyksikön henkilöstöresursseista. Puuttuvien tietojen suuruutta on liki mahdoton arvioida toimintoyksiköiden henkilöstöresurssien suuren vaihtelun takia. Puuttuvat tiedot koskivat yksittäisiä toimintoyksiköitä eri alueilla, joten voidaan arvioida, että ne aiheuttavat tuloksiin korkeintaan lievää epätarkkuutta. Puuttuvat tiedot on merkitty tulos-osioon tarvittavin osin.

Aineiston analyysi on toteutettu SPSS 23.0 -ohjelmistolla.

---

<sup>17</sup> Luvut voivat vastata myös yksittäisten toimintoyksiköiden henkilöstöjakaumaa, mikäli palveluita tietylle asiakasryhmälle ei ole alueella kuin yksi.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Alueelliset erot mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon henkilöstöresursseissa

Alueiden palvelurakenteissa on suuria eroja siinä, miten paljon henkilöstöresursseja on ja miten ne sijoittuvat eri palveluihin. Yhteenlaskettuna mielenterveys-, päihde- ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisresurssit vaihtelevat noin 6–13 henkilötyövuoden välillä kymmentä tuhatta asukasta kohden. Korkeimmin resursoiduilla alueilla on siis yli kaksinkertaisesti resursseja avohoidon palveluissa vähiten resursoituihin alueisiin verrattuna. Resurssit painottuvat erikoistason palveluihin. (Taulukko 5.)

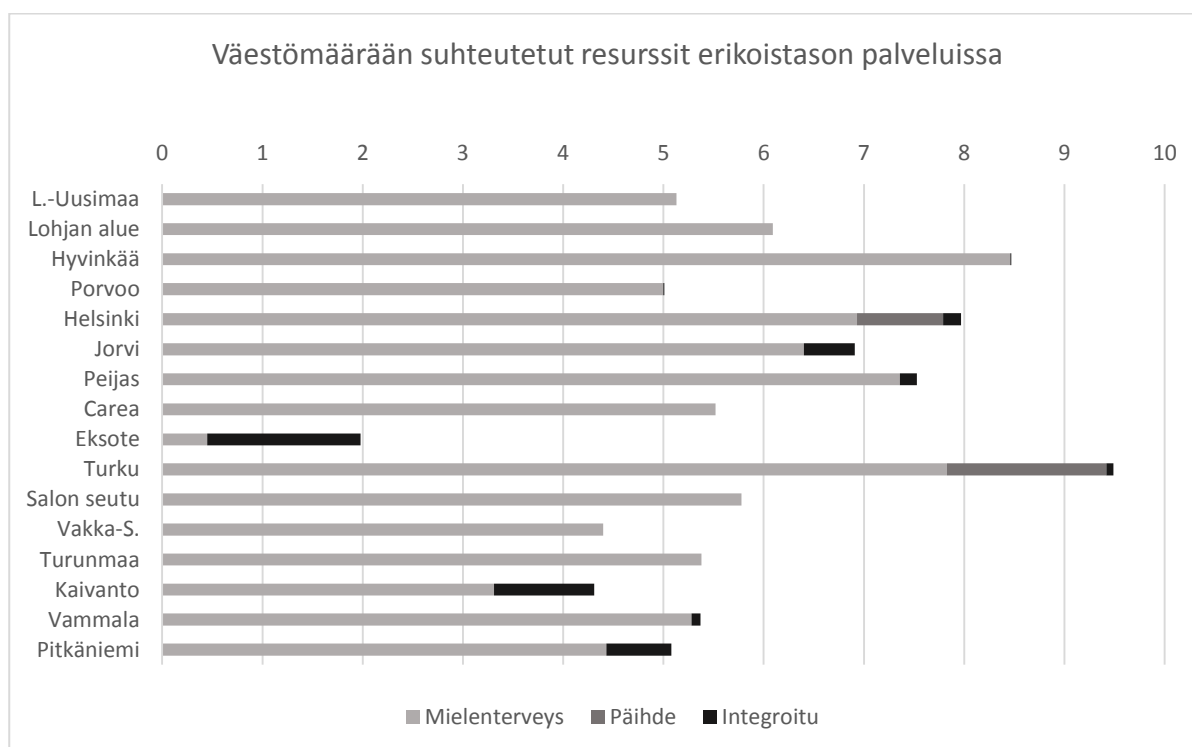
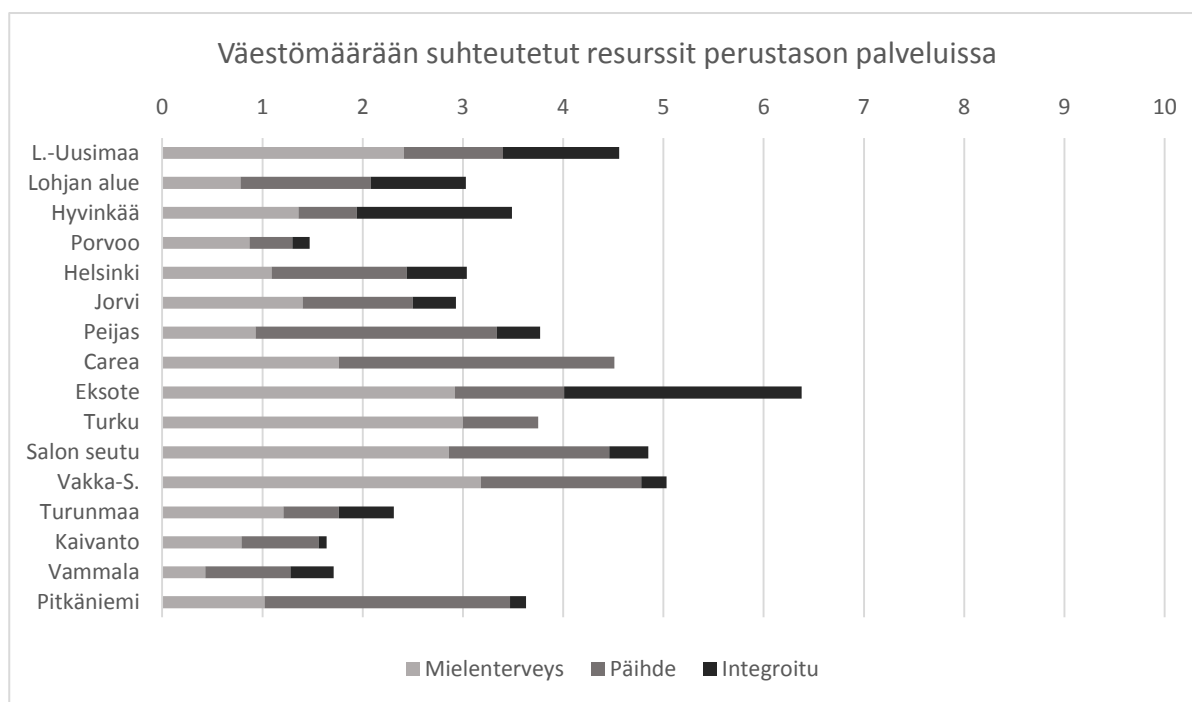
*Taulukko 5. Palveluiden henkilöstöresurssit eri sairaanhoitoalueilla kymmentä tuhatta yli 18-vuotiasta asukasta kohden (2013–2014).*

	Alue	Perustason palvelut			Erikoistason palvelut			Resurssit
		Mielenterveys	Päihde	Integroitu	Mielenterveys	Päihde	Integroitu	yhteensä
HUS	<b>L.-Uusimaa</b>	2,41	0,99	1,16	5,13	-	-	<b>9,70</b>
	<b>Lohjan alue</b>	0,78	1,30*	0,95	6,09	-	-	<b>9,12</b>
	<b>Hyvinkää</b>	1,36	0,58	1,55	8,46	-	0,01	<b>11,95</b>
	<b>Porvoo</b>	0,87	0,43	0,17	5,00	-	0,01	<b>6,48</b>
	<b>Helsinki</b>	1,09	1,35	0,60	6,93	0,86	0,18	<b>11,00</b>
	<b>Jorvi</b>	1,40	1,10	0,43	6,40	-	0,51	<b>9,84</b>
	<b>Peijas</b>	0,93	2,41	0,43	7,36	-	0,17	<b>11,30</b>
Carea	<b>Carea</b>	1,76	2,75**	-	5,52	-	-	<b>10,04</b>
Eksote	<b>Eksote</b>	2,92	1,09	2,37	0,45	-	1,53	<b>8,36</b>
VSSH	<b>Turku</b>	3,00	0,75	-	7,83	1,59	0,07	<b>13,23</b>
	<b>Salon seutu</b>	2,86	1,60	0,39	5,78	-	-	<b>10,63</b>
	<b>Vakka-S.</b>	3,18	1,60	0,25	4,40	-	-	<b>9,42</b>
	<b>Turunmaa</b>	1,21	0,55	0,55	5,38	-	-	<b>7,69</b>
PSHP	<b>Kaivanto</b>	0,79	0,77	0,08	3,31	-	1,00***	<b>5,95</b>
	<b>Vammala</b>	0,43	0,85	0,43	5,28	-	0,09	<b>7,09</b>
	<b>Pitkänieniemi</b>	1,02	2,45**	0,16	4,43	-	0,65	<b>8,71</b>

\*Lohjan alueella puuttui tieto yhden perustason päihdepalvelun lääkäriresurssista.

\*\* Carean ja Pitkänienien alueilla puuttuu tieto yhden perustason päihdepalveluyksikön henkilöstöresurssista.

\*\*\* Kaivannon alueella puuttuu tieto yhden erikoistason integroidun palveluyksikön henkilöstöresurssista.



Kuvio 7. Väestömäärään suhteutetut henkilöstöresurssit eri asiakasryhmien avohoidon palveluissa perus- ja erikoistason tutkimusalueittain (2013–2014).

Henkilöstöresursseista suurin osa sijoittuu erikoistason mielenterveyspalveluihin. Eksotea lukuun ottamatta alueilla on erikoistason mielenterveyspalveluissa resursseja 3,3–8,5 henkilötyövuotta kymmentä tuhatta asukasta kohden (Eksote 0,45), kun taas perustasolla erillisissä mielenterveys- ja

päihdepalveluissa resursseja on vähemmän. On kuitenkin huomioitava, että Ekstoen palveluiden kohdalla luokittelu perus- ja erikoistason palveluihin eroaa muista alueista (ks. s. 36, tämä tutkimus).

Päihdepalveluiden resursoinnissa on huomattavia alueellisia eroja. Päihdepalveluiden väestöön suhteutetut resurssien määrät vaihtelevat välillä 0,4–2,8. (Taulukko 5.) Päihdepalveluiden resurssit sijoittuvat lähinnä perustasolle. Erikoistason päihdepalveluiden resursseja on vain kahdella alueella. Perustason päihdepalveluiden resursseista osa on kuitenkin erityistason päihdepalveluiden resursseja. Päihdehuollon erityispalvelut, kuten A-klinikat, on tutkimuksen aineistossa luokiteltu perustason palveluiksi, joten tästä syystä päihdepalveluiden resursseja ei näy juurikaan erikoistason palveluissa.

Mieli-suunnitelman mukainen erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistäminen ei aineiston perusteella näytä toteutuneen kovinkaan laajalti, sillä erikoistasolla integroiduissa palveluissa on resursseja ainoastaan Eksoten, Kaivannon, Jorvin ja Pitkäniemen alueilla. Muilla alueilla integroiduissa palveluissa ei ole lainkaan resursseja tai niitä on hyvin vähäisesti. Perustasolla sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa on resursseja miltei kaikilla alueilla. Resurssien määrä on kuitenkin pääsääntöisesti vähäisempi kuin erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. (Taulukko 5 ja kuvio 7.)

## 5.2 Korrelaatiot taustamuuttujien ja palveluiden resurssien välillä

Kuten edellisessä osiossa 5.1 on todettu, alueet eroavat resurssien määrässä ja resurssien jakautumisessa eri palveluihin. Tässä osiossa tarkastellaan, onko eri alueiden erilaisilla palvelurakenteilla ja resursseilla yhteyttä mielenterveyspalveluiden tarvetta indikoivien alueellisten muuttujien tai väestöpohjan koon kanssa. Yhteyttä on tutkittu korrelaatiokertoimen avulla, mutta p-arvoja ei ole tarkasteltu tutkimusyksiköiden vähäisen määrän vuoksi (ks. tarkemmin sivu 40, tämä tutkimus).

Tulosten tulkintaa varten esitellään aluksi tutkittavien taustamuuttujien välisiä yhteyksiä, sillä monimuuttujamalleja ei käytetä tässä tutkimuksessa tutkimusyksiköiden vähäisyyden ja regressiomallin oletusten täyttymättömyyden vuoksi. Korrelaatiokertoimet eri taustamuuttujien välillä on esitetty taulukossa 6. Alueittaiset tiedot löytyvät luvusta 4.2. Väestöpohjan ja koulutustason välillä on merkittävää positiivista korrelaatiota, ja väestöpohjan ja mielenterveysindeksin välillä lievää negatiivista korrelaatiota. Indikaattoreista myydyin alkoholin määrä, yksiasuvien osuus ja



psykiatrisen sairaalahoidon hoitovuorokausien määrä korreloivat vahvasti keskenään. Myydyin alkoholin määrä ja psykiatrisen sairaalahoidon määrä korreloivat vain lievästi mielenterveysindeksin kanssa.

*Taulukko 6. Alueellisten taustamuuttujien välisiä korrelaatiokertoimia.*

	Väestöpohjan suuruus	Mielenterveys -indeksi	Koulutus -taso	Alkoholin myynti	Yksinas. osuus	Psykiatrisen sairaalahoito*
Väestöpohjan suuruus	1					
Mielenterveys- indeksi	-0.3	1				
Koulutus- taso	0.7	-0.5	1			
Alkoholin myynti	-0.1	0.2	-0.2	1		
Yksinasuvien osuus	0.3	0.3	-0.1	0.6	1	
Psykiatrisen sairaalahoito*	0.0	0.4	-0.3	0.8	0.7	1

\*N=12, sillä psykiatrisen sairaalahoidon hoitovuorokausien määrästä ei ole tietoa VSSHP:n alueilta. Muiden muuttujien osalta n=16.

Taulukossa 7 on esitetty eri palvelutyypin resurssien ja alueellisten taustamuuttujien välisiä korrelaatiokertoimia. Suurempi väestöpohja korreloi lievästi korkeamman erikoistason resurssien kanssa. Väestöpohjan koon selkeä yhteys päihdepalveluiden resursseihin: suuremmilla alueilla on enemmän päihdepalveluiden resursseja. Perustason yhteenlasketut kokonaisresurssit eivät korreloi väestöpohjan koon kanssa, mutta perustason integroitujen palveluiden resurssit korreloivat lievästi negatiivisesti väestöpohjan koon kanssa. Pienemmän väestöpohjan alueilla on siis tyypillisemmin perustasolla resursseja sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa. (Taulukko 7.)

Perustason yhteenlasketut resurssit korreloivat tarveindikaattoreista lievästi mielenterveysindeksin, alkoholin myynnin ja yksinasuvien osuuden kanssa. Perustason erillisten mielenterveyspalveluiden resurssit taas eivät korreloi tarveindikaattoreiden kanssa, paitsi psykiatrisen sairaalahoidon hoitovuorokausien määrän kanssa lievästi. Perustason päihdepalveluiden resurssit korreloivat yksinasuvien osuuden kanssa ja lievästi psykiatrisen sairaalahoidon hoitovuorokausien määrän kanssa. Perustason integroitujen palveluiden resurssit korreloivat lievästi negatiivisesti yksinasuvien osuuden kanssa.

*Taulukko 7. Alueellisten taustamuuttujien ja palveluiden resurssien välisiä korrelaatiokertoimia.*

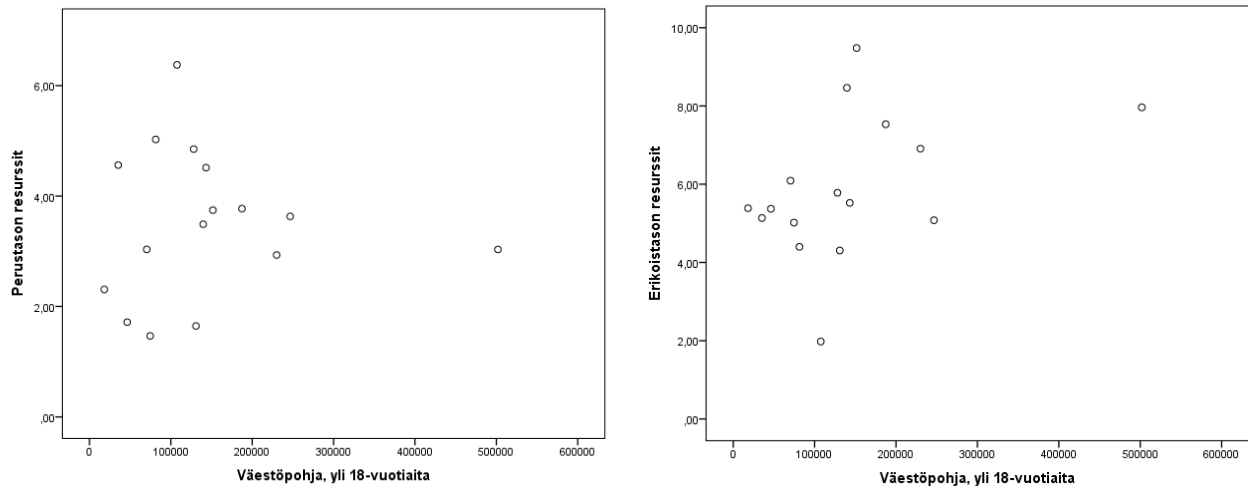
	Väestö- pohja	Mielenterveys- indeksi	Koulutustaso	Alkoholin myynti	Yksinas. osuus	Psykiatrinen sairaalahoito*
<b>Perustason resurssit</b>	0.1	0.3	-0.2	0.3	0.3	0.6
Mielenterveyspalvelut	0.1	0.1	0	0.2	0.2	0.4
Päihdepalvelut**	0.6	0.1	0.2	0.2	0.6	0.4
Integroidut palvelut	-0.3	0	-0.1	0	-0.3	0.2
<b>Erikoistason resurssit</b>	0.4	0.2	0.5	0	0	0
Mielenterveyspalvelut	0.4	0.2	0.5	0	-0.1	-0.1
Integroidut palvelut	0.5	-0.3	0.3	0	0.3	-0.1

\*\*Psykiatrisen sairaalahoidon hoitovuorokausien osalta n=12. Tiedot puuttuvat Varsinaissuomen sairaanhoitopiirin alueelta. Muiden muuttujien osalta n=16.

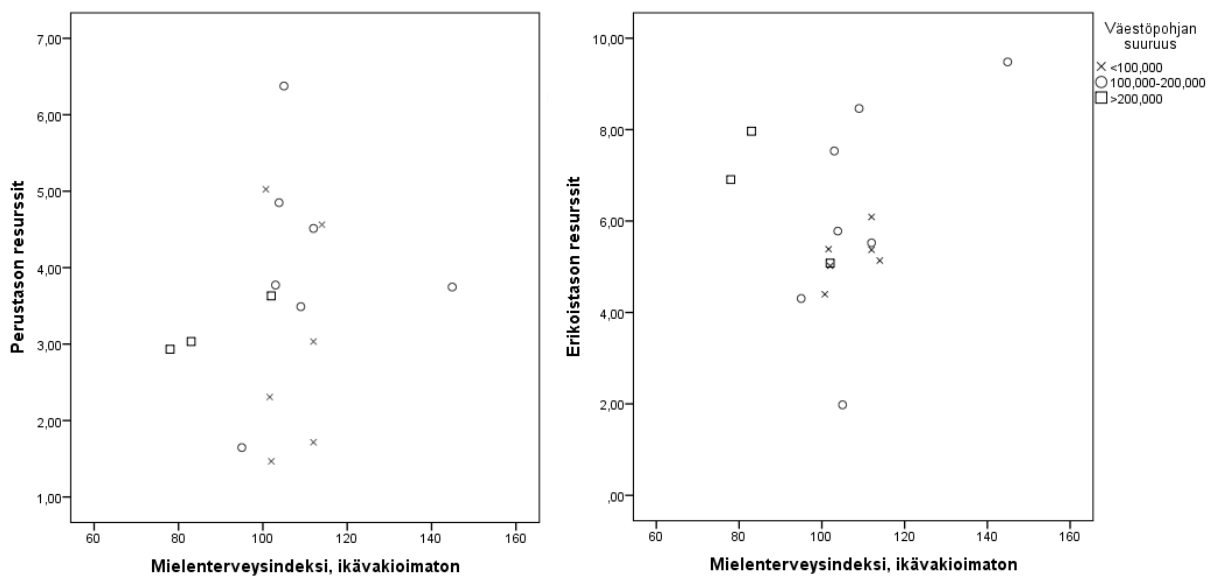
\*\*Laskettu yhteen sekä perus että erikoistason päihdepalveluiden resurssit, sillä erikoistason päihdehoitoa oli vain kahdella alueella.

Mielenterveysindeksillä ei ole havaittavissa yhteyttä erikoistason mielenterveyspalveluiden resurssien kanssa, mutta korkeamman koulutustason alueilla näyttää olevan enemmän erikoistason mielenterveyspalveluiden resursseja. Erikoistason integroitujen palveluiden resurssit korreloivat positiivisesti koulutustason kanssa ja negatiivisesti mielenterveysindeksin kanssa, eli näiden indikaattorien perusteella korkeamman tarpeen alueilla on vähemmän integroituja erikoistason palveluita. (Taulukko 7.)

Kuviossa 7 havainnollistetaan resurssien määrän ja väestöpohjan koon välistä korrelaatiota pisteparvikuviona. Kuviossa 8 on esitetty resurssien määrän ja mielenterveysindeksin väliset pisteparvikuviot.



Kuvio 7. Pisteparvikuviot: vasemmalla avohoidon kokonaisresurssien määrä perustasolla ja väestöpohjan koko, sekä oikealla avohoidon kokonaisresurssien määrä erikoistasolla ja väestöpohjan koko.

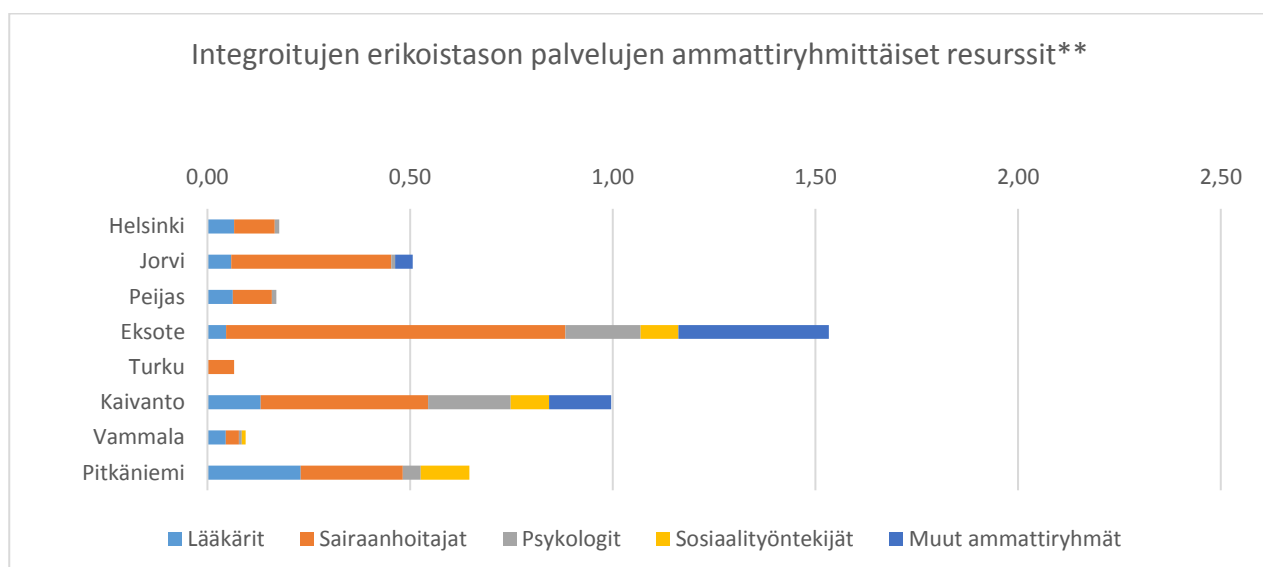
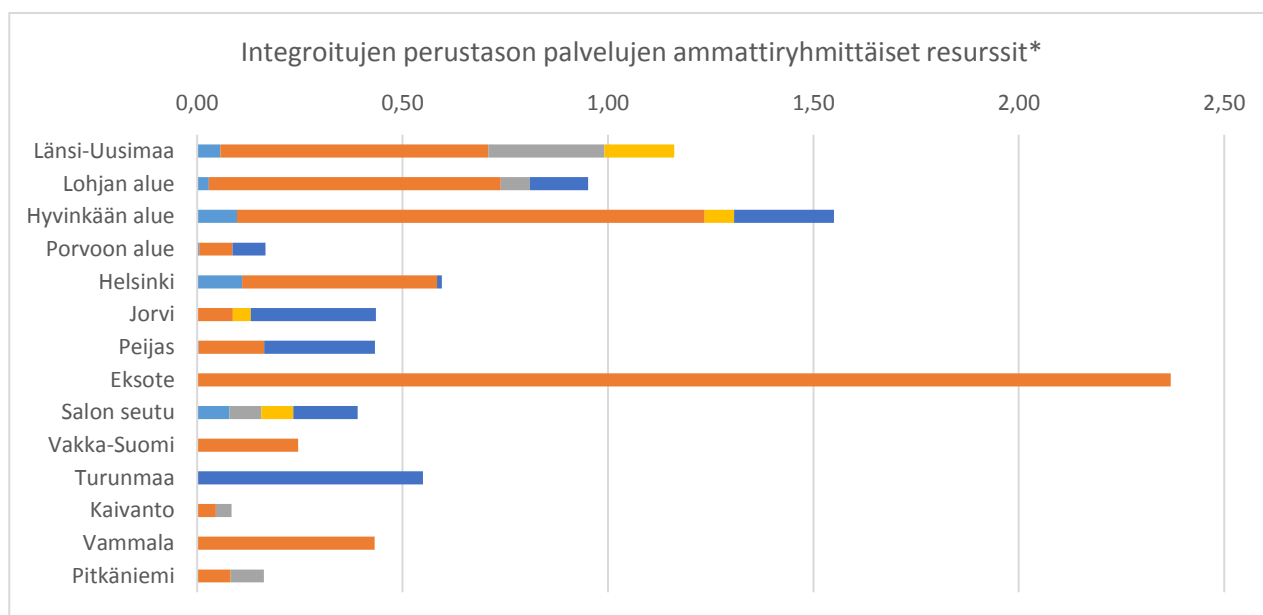


Kuvio 8. Pisteparvikuviot: vasemmalla avohoidon kokonaisresurssien määrä perustasolla ja mielenterveysindeksi, ja oikealla avohoidon kokonaisresurssien määrä erikoistasolla ja mielenterveysindeksi. Väestöpohjan koko luokiteltuna kolmeen luokkaan.

### 5.3 Erillisten ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattiryhmittäiset profiilit

Edellä on kuvattu alueellisia palvelujärjestelmiä. Tässä osiossa tarkastellaan, millaiset ammattiryhmittäiset henkilöstöprofiilit yhdistetyissä palveluissa on.

Kuviossa 9 esitetään erikseen alueittaiset perustason ja erikoistason resurssit integroiduissa palveluissa ammattiryhmittäin. Yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa toteuttavien palvelukokonaisuuksien henkilöstöresurssit koostuvat perustasolla pääosin sairaanhoitajista ja muut ammattiryhmät -luokasta. Perustasolla integroiduissa palveluissa lääkäri- ja psykologiresursseja on viidellä alueella ja sosiaalityöntekijäresursseja neljällä alueella. Erikoistasolla yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavien palveluiden resurssit koostuvat pääosin sairaanhoitajista ja lääkäreistä. Erikoistasolla psykologi- ja sosiaalityöntekijäresursseja on viidellä alueella, joista kahdella alueella näiden resurssien määrä on niin vähäinen, etteivät ne juuri näy kuviossa.



\*Kuvista on jätetty pois Turun ja Carean alueet, joilla ei ollut yhtään henkilöstöresursseja perustason integroiduissa palveluissa.

\*\*Kuvista jätetty pois Lohjan, Carean, Turunmaan, Vakka-Suomen ja Salon seudun alueet, joilla ei ollut yhtään resursseja integroiduissa palveluissa, sekä Länsi-Uudenmaan, Hyvinkään ja Porvoon alueet, joilla oli alle 0,01 henkilötyövuotta 10 000 asukasta kohden erikoistason integroiduissa palveluissa. Kaivannon alueelta puuttuu tieto yhden erikoistason integroidun palveluyksikön henkilöstöresursseista.

*Kuvio 9. Henkilöstöresurssit yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavissa perus- ja erikoistason palveluissa ammattiryhmittäin.*

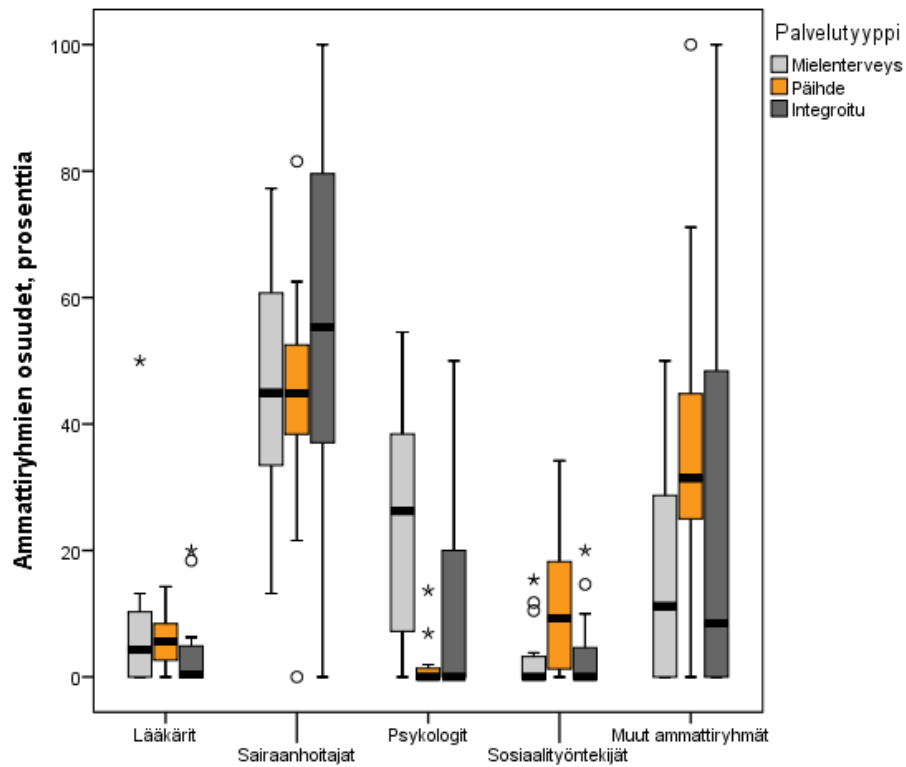
Kuvio 10 esittää ammattiryhmien jakaumia eri palvelutyypeissä. Ammattiryhmien osuudet on laskettu alueittain jakamalla ammattiryhmän resurssien määrä alueellisilla kokonaisresursseilla mielenterveys-, päihde- ja integroiduissa palveluissa. Jakaumiin on huomioitu vain sellaiset alueet, joilla kyseisiä palveluita on. Perustasolla erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa on laajempi ammattiryhmien kirjo kuin sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa. Lääkäreitä on työntekijöistä keskimäärin suunnilleen yhtä suuri osuus erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, mutta integroiduissa palveluissa lääkäreitä ei ole keskimäärin lainkaan<sup>18</sup>. Sairaanhoitajia on kaikissa palveluissa noin puolet, mutta integroiduissa palveluissa osuus on selkeästi korkein. Psykologeja on tyypillisimmin mielenterveyspalveluissa, jonkin verran myös sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavissa perustason palveluissa, mutta ei lainkaan päihdepalveluissa. Sosiaalityöntekijöitä on pääsääntöisesti vain päihdepalveluissa, mutta myös muutamissa integroiduissa palveluissa. Muita ammattiryhmiä on korkein osuus päihdepalveluissa, ja selvästi pienempi osuus mielenterveys- ja integroiduissa palveluissa.

Erikoistasolla erillisissä mielenterveyspalveluissa on päihde- tai integroituja palveluita monipuolisempi ammattiryhmäjakauma. Erikoistason mielenterveyspalveluissa on työntekijöistä keskimäärin noin viidesosa lääkäreitä, reilu kaksi viidesosaa sairaanhoitajia, ja loput psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja muita ammattiryhmiä. Erikoistason päihdepalveluissa painottuu sairaanhoitajien ammattiryhmä, mutta on huomioitava, että erikoistason päihdepalveluita oli vain kahdella alueella. Integroiduissa erikoistason palveluissa ammattiryhmien osuudet näyttävät mielenterveyspalveluita yksipuolisemmalta. Lääkäreiden osuus on keskimäärin reilu kolmannes ja sairaanhoitajia hieman alle kaksi kolmannesta, ja psykologeja on hyvin pieni osuus. Sosiaalityöntekijöitä ja muita ammattiryhmiä ei erikoistason integroiduissa palveluissa ole kuin muutamassa (Kuvio 10.)

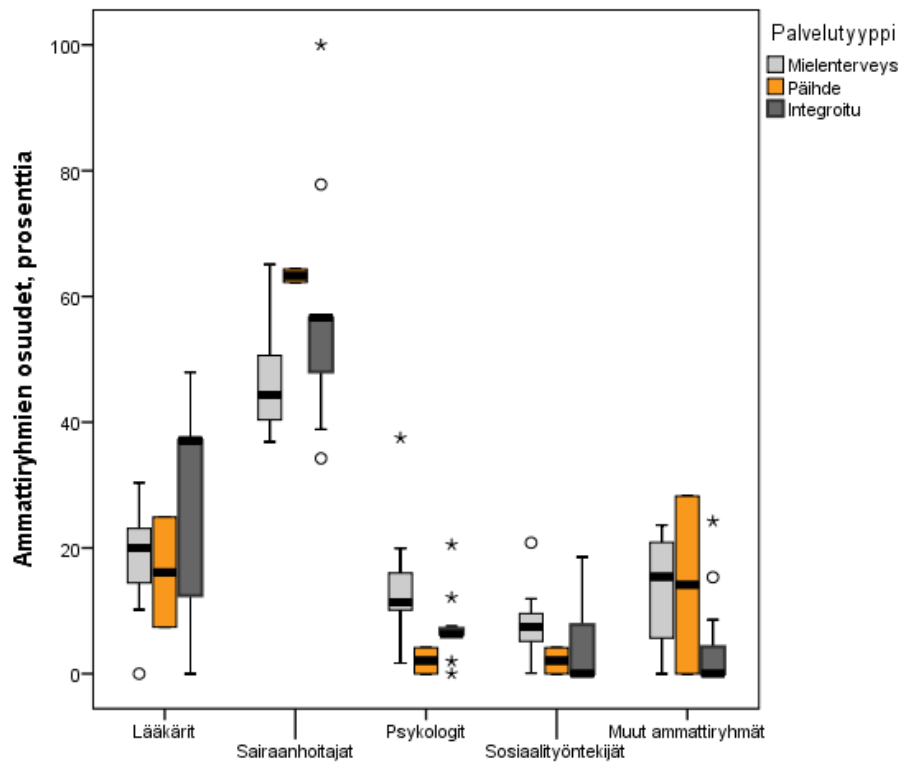
---

<sup>18</sup> Palvelut voivat kuitenkin sijaita esimerkiksi terveyskeskuksen organisaation sisällä, jolloin palvelut voivat tarvittaessa konsultoida terveyskeskuksessa toimivaa lääkärää.

**Ammattiryhmien osuudet perustason palvelukokonaisuuksissa**



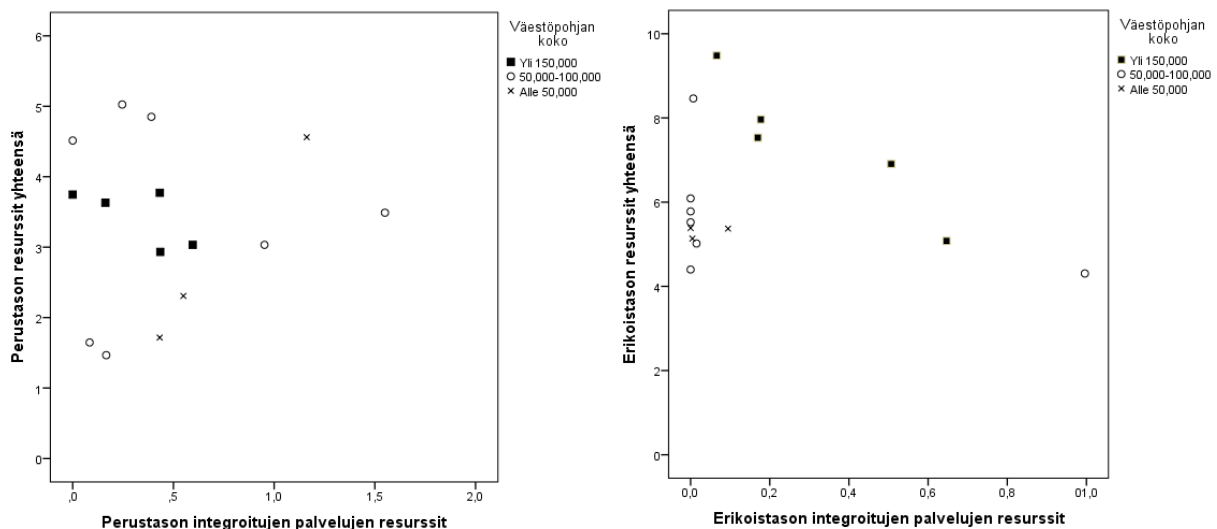
**Ammattiryhmien osuudet erikoistason palvelukokonaisuuksissa**



*Kuvio 10. Ammattiryhmien osuudet eri palvelutyypeissä.*

## 5.4 Integraation yhteys henkilöstöresurssien kokonaismäärään

Aineistossa perustason integraation määrällä ja resurssien kokonaismäärällä ei ole säännönmukaista yhteyttä (kuvio 11). Tarkasteltaessa erikoistason integraatiota ja resursseja aineistossa on kuitenkin viitteitä siitä, että integroitujen palveluiden resurssien osuudella ja määrällä on laskevaa lineaarista yhteyttä avohoidon kokonaisresurssien määrän kanssa. Kokonaisresurssien määrissä erikoistason on huomattavaa vaihtelua, mutta kuten kuviosta 11 huomataan, niin tämä vaihtelu saattaa liittyä väestöpohjan kokoon. Jos tarkastellaan vain alueita, joiden väestöpohja on yli 150 000, niin integroitujen palveluiden resurssien kasvaessa kaikkien erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteenlasketut kokonaisresurssit vähenevät lineaarisesti. Visuaalisesti yhteys näyttää olevan, mutta kuvion pohjalta ei kuitenkaan voi tehdä vahvoja johtopäätöksiä, sillä erikoistason integraatiota esiintyy vain muutamilla alueilla. Eksoten alue on jätetty kuvioista pois, sillä alueella jako erikois- ja perustason palveluihin eroaa muista alueista (ks. s.36, tämä tutkimus).



Kuvio 11. Pisteparvikuvio: perustason avohoidon palveluiden kokonaisresurssit ja integroitujen palveluiden resurssien määrä, sekä erikoistason avohoidon palveluiden kokonaisresurssit ja integroitujen palveluiden resurssien määrä.



## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten merkitys ja palvelujärjestelmän kehitys

Tutkimuksen mukaan erikoistason yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita ei vielä 2013–2014 ole ollut kuin kolmasosalla tutkituista alueista, ja näilläkin pääosin hyvin vähäisesti. Palveluiden asiakaskunnassa molempien häiriöiden oireilua esiintyy kuitenkin arviolta jopa puolella asiakkaista, joten suhteessa tähän yhdistettyjen palveluiden tarjonta vaikuttaa vähäiseltä. Mieli-suunnitelman tavoite erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisestä on häiriöiden yhteisesiintyvyyden yleisyyden valossa hyvin perusteltu. Suunnitelman tavoite vuosille 2009–2015 erikoistason palveluiden yhdistämisestä ei kuitenkaan näytä tämän tutkimuksen tulosten perusteella toteutuneen vielä vuoteen 2014 mennessä. Vuosina 2014–2016 palvelujärjestelmässä on kuitenkin voinut tapahtua jo suuriakin muutoksia, jotka eivät näy tämän tutkimuksen aineistossa.

Perustasolla sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavia palveluita on aineiston mukaan melkein kaikilla tutkimusalueilla, joten tässä suhteessa Mieli-suunnitelman tavoite näyttää toteutuneen. Voikin olla, että häiriöiden tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen toimivat hyvin. Aineisto ei kuitenkaan kerro sitä, miten yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toimii. Perustasolla ei välttämättä ole kykyä vastata vaikeista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien hoidon tarpeeseen, joten erikoistason yhdistettyjen hoitoyksiköiden puuttuessa vaikeista häiriöistä kärsivien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito toteutunee edelleen erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Poikkileikkausaineiston perusteella ei myöskään tiedetä, onko perustason yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa lisätty Mieli-suunnitelman tavoitteiden mukaisesti, vai ovatko nämä palvelut olleet olemassa jo ennen Mieli-suunnitelmaa. Tämän tutkimuksen aineistossa yhdistettyjen palveluiden määrä perustasolla on tyypillisempää pienemmän väestöpohjan alueilla. Aiemmissa suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän tutkimuksissa suuremman väestöpohjan on huomattu olevan yhteydessä monipuolisempaan palvelutarjontaan (Harjajärvi ym. 2006; Ala-Nikkola ym. 2014). Voi olla, että pienemmän väestöpohjan alueilla henkilöstöresurssien absoluuttinen määrä ja palveluyksiköiden määrä on siinä määrin vähäisempi, että palvelut on käytännöllisintä tuottaa yhdistettynä. Yhdistettyjen palveluiden tarjonta voi siis kertoa pienemmän väestöpohjan alueiden

hankaluuksista järjestää erillisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita, eikä niinkään Mieli-suunnitelman ohjaamana tehdystä palvelujärjestelmän kehittämisestä.

### **Laajempi väestöpohja ja palveluiden monimuotoisuus**

Tulosten perusteella suuremman väestöpohjan alueilla on monipuolisempia palveluita ja enemmän erikoistason henkilöstöresursseja. Toisaalta tulosten mukaan perustason resurssien määrä korreloi erikoistason selkeämmin tarveindikaattoreiden kanssa, joten voi olla myös niin, että perustasolla resurssien määrä on muovautunut vastaamaan alueen asukkaiden tarpeita erikoistason palveluita paremmin. Koska kyseessä on poikkileikkausasetelma, niin havaitun yhteyden merkitys jää kuitenkin epäselväksi. Korrelaatio voi nimittäin tarkoittaa myös sitä, ettei perustason resursoinnilla ole saavutettu muutoksia alueen mielenterveyden indikaattoreissa (ks. myös Sadeniemi ym. 2014). Vastaavasti erikoistason resurssien korreloimattomuus tarveindikaattoreiden kanssa voi tarkoittaa sitä, että erikoistason palveluissa resurssit eivät kohtaa väestössä esiintyvää palvelutarvetta, tai sitten sitä, että resursseilla on ollut toivottua vaikutusta alueen mielenterveyttä kuvaaviin indikaattoreihin.

Palveluiden monipuolisuus suuremman väestöpohjan alueilla selittyy osittain sillä, että suurempi väestöpohja on yhteydessä erityisesti korkeampiin päihdepalveluiden resursseihin. Yhteys voi liittyä siihen, että suuremmissa kaupungeissa huumeongelmat ovat tyypillisempiä kuin pienemmissä kunnissa. Huumausaineiden käyttö on Suomessa yleisintä pääkaupunkiseudulla, Turussa, Tampereella ja Oulussa. Käyttö on tosin yleistynyt myös pienemmissä taajamissa ja asutuskeskuksissa, mutta huomattavasti vähemmän kuin suuremmissa kaupungeissa. (Nuorvala & Metso 2004, 78.)

### **Palveluiden yhdistämisen vaikutus henkilöstöresurssien määrään**

Erikoistason yhdistettyjen palveluiden henkilöstöresurssien määrän ja erikoistason kokonaishenkilöstöresurssien määrän negatiivinen lineaarinen yhteys yli 150 000 asukkaan väestöpohjan alueilla on osittain huolestuttava tulos. Tarkoittaako palveluiden yhdistäminen henkilöstöresurssien vähentämistä? Poikkileikkausaineiston perusteella ei voida todeta, onko resursseja vähennetty yhdistämisen myötä, vai onko yhdistämistä toteutettu vähäisempien resurssien vuoksi, vai onko huomattu yhteys vain sattumaa. Tämä tutkimus ei myöskään kerro, millaista vaikutusta resurssien määrällä on palveluiden vaikuttavuuteen. Vaikutuksen arviointi vaatisi

toistettuja palvelujärjestelmäkartoituksia ja riittävän suuren aineiston, jotta analyysihin voitaisiin sisällyttää myöskin alueellista sairastavuutta ja palvelutarvetta kuvaavia muuttujia.

### **Moniammatillisuus palveluissa**

Mieli-suunnitelman tavoitteleva moniammatillisuus yhdistetyissä palveluissa, jotta voitaisiin luoda tarpeen mukaisia hoidollisia työpareja, on tulosten perusteella harvinaista. Yhteenvedona voidaan todeta, että sekä mielenterveys- että päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa on perustasolla keskimäärin kapeampi ja alemmin koulutettu henkilöstöprofiili kuin erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, ja erikoistasolla kapeampi ja terveydenhuollon ammattiryhmiin painottuvampi henkilöstöprofiili kuin erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Tämä herättääkin kysymyksen, miksi perustasolla sekä mielenterveys- että päihdehoitoa toteuttavissa palveluissa ei ole pääsääntöisesti lainkaan psykologian ja sosiaalityön osaamista, ja miksi lääkäreiden osuus on selkeästi alempi yhdistetyissä kuin erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa? Sairaanhoitajapainotteisuus selittyy pitkälti terveyskeskuksissa toimivista psykiatrisista sairaanhoitajista, depressiohoitajista ja päihdesairaanhoitajista, ja muut ammattiryhmät ovat todennäköisimmin perusterveydenhuollon yhteydessä toimivia sosiaaliohjaajia tai päihdetyöntekijöitä (lähihoitaja). Lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja psykologien osalta on mahdollista, että näiden ammattiryhmien osaamista on mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytettävissä enemmänkin muiden, yleisten palveluiden kautta. Voi olla, että moniammatillisuus toteutuu tosiasiallisesti useilla alueilla eri tahojen yhteistyönä, vaikkakin tämän aineiston perusteella moniammatillisia henkilöstöresursseja yhdistetyssä mielenterveys- ja päihdehoidossa näyttääkin olevan perustasolla vain vähäisesti. Myös pienempi väestöpohja voi olla osittain selittävä tekijä sille, että palveluissa työskenteleviä ammattiryhmiä on vähemmän. Pienemmän väestöpohjan alueiden voi olla hankalampi rekrytoida korkeamman koulutuksen työvoimaa kuin esimerkiksi isoissa kaupungeissa, ja palvelujärjestelmän rakenne voi olla suuremman väestöpohjan alueita yksinkertaisempi. Myös yliopistosairaaloiden ja sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten sijainnilla voi olla vaikutusta palveluiden henkilöstöprofiileihin.

Moniammatillisuutta yhdistetyssä mielenterveys- ja päihdehoidossa on erikoistasolla vielä harvemmin kuin perustasolla. Myös erikoistason palveluista voidaan kuitenkin tehdä yhteistyötä muiden palveluiden kanssa, ja moniammatillisuus voi toteutua tällaisen yhteistyön kautta. Mielenkiintoista kuitenkin on, että yhdistetyissä palveluissa ei aineiston perusteella ole

sisäänrakennettuina moniammatillisia osaamisresursseja, vaikka Mieli-suunnitelmassa nimenomaisesti moniammatillisuutta painotetaankin (ks. sivu 21, tämä tutkimus). Erikoistason yhdistettyjen palveluiden terveydenhuoltopainotteisempi ammattiryhmäjakauma voi tosin selittyä yhdistettyjen palveluiden sisällön ja tavoitteiden kautta: Esimerkiksi korvaushoidon palveluiden henkilöstön painottuminen terveydenhuollon ammattiryhmiin on nostettu esiin jo aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa (ks. esimerkiksi Tammi 2007).

## 6.2 Tutkimusasetelman tarkastelu

Tämän tutkimuksen vahvuutena on strukturoidulla menetelmällä kerätty aineisto. Kartoitustyökalun ovat kehittäneet mielenterveyden palveluidenjärjestelmätutkimuksen kansainväliset asiantuntijat (Johnson ym. 2000), ja sitä on käytetty myös aiemmin vertaisarvioituissa tutkimuksissa (Salvador-Carulla ym. 2012). Kartoitusmenetelmän ansiosta tuloksia voidaan vertailla myös mahdollisesti tulevaisuudessa toistettuihin kartoituksiin tai muilla alueilla toteutettuihin samanlaisiin kartoituksiin. Aineistonkeruumenetelmän suhteellisen heikkoutena on, että luokittelutyökalu ei tuo esiin palveluiden kaikkia erityispiirteitä, jos ne eivät sisälly luokittelukriteereihin. Esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluissa voi olla sisäänrakennettuna valmius hoitaa myös muita mielenterveyden ongelmia, mutta palvelu on luokiteltu vain päihdepalveluksi, mikäli pääasiallinen asiakasryhmä on nimenomaan päihdeongelmaiset. Muiden psykiatristen ongelmien hoito voidaan palvelussa nähdä päihdeongelman sivussa hoidettavaksi asiaksi ja siksi palveluyksikkö määrittää itsensä vain päihdepalveluksi, vaikka tämän tutkimuksen kannalta valmius hoitaa yhtäaikaista mielenterveysongelmaa olisi hyvinkin relevantti tieto ja voisi muuttaa palveluyksikön luokitusta pelkästä päihdepalvelusta yhdistetyksi mielenterveys- ja päihdepalveluksi. Aineisto perustuu osin myös aineiston kerääjien tulkintoihin. Esimerkiksi päihdehuollon erityispalvelut tai kuntien itse tuottamat psykiatrian erityispalvelut sijoittuvat peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välimaastoon, joten tällaisten palveluiden jako joko perustason tai erikoistason palveluksi on osittain keinotekoinen. Strukturoidun aineistonkeruumenetelmän kohdalla tulee siis muistaa tarkkojen luokitusten sisältämät mahdolliset tulkinnallisuudet ja palveluiden erityispiirteiden kadottaminen, jotka voivat heikentää menetelmän validiteettia.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tutkimuksessa käytetty palvelujärjestelmäaineisto soveltuu mittaamaan palvelutoimintoja niiden asiakasryhmien mukaan luokiteltuna, mutta on muistettava, että aineisto ei kuvaa edellisessä

kappaleessa mainittuja palveluiden erityispiirteitä, eikä eri palveluiden tekemää yhteistyötä tai yleisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutettavaa mielenterveys- ja päihdehoitoa. Alueilla voi siis olla tiivistäkin erillisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden välistä yhteistyötä ja siten yhdistetty mielenterveys- ja päihdehoito voi toteutua tosiasiallisesti, vaikka tämän tutkimuksen aineistossa yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoidon yksikköä alueella ei olisikaan. Mielenterveys- ja päihdehoitoa voidaan toteuttaa myös osana muita, yleisiä palveluita. Vähäisiltä näytävät mielenterveys- ja päihdehoidon resurssit voivat siis saada tukea esimerkiksi alueellisesta sosiaalitoimesta tai terveyskeskuksen muista resursseista, vaikka tällaiset resurssit eivät näytkään tämän tutkimuksen aineistossa. Kvantitatiivinen palvelujärjestelmätutkimus vaatisikin rinnalleen myös laadullisempaa tarkastelua, jotta palvelujärjestelmien erityispiirteet välittyisivät aineistoon ja tuloksiin.

Tutkimuksen aineisto on kerätty eri aineistonkerääjien toimesta eri alueilla. Tiedot on saatu mielenterveys- ja päihdepalveluissa toimivalta henkilöstöltä sekä internetin kautta. Suomen REFINEMENT-tutkimusryhmä on ollut ohjaamassa ja tarkistamassa tiedon keruuta eri sairaanhoitopiireissä, jotta eri alueilta kerätyt aineistot olisivat yhtäläisiä ja vertailtavissa. On epätodennäköistä, että aineistosta puuttuisi kokonaisia palveluyksiköitä, sillä palveluyksiköt ovat usein alueen muidenkin palveluntuottajien tiedossa ja ilmoittavat itsestään internetissä.

Tutkimuksen aineisto kattaa yli kahden miljoonan täysi-ikäisen suomalaisen mielenterveys- ja päihdepalvelut, joka on yli puolet suomalaisesta aikuisväestöstä. Aineisto koskee näin suurta osaa suomalaisesta mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmästä, vaikka sairaanhoitopiirejä kartoitukseen sisältyykin vain viisi. Tuloksia ei voi kuitenkaan varauksetta yleistää koskemaan koko maata, sillä nämä sairaanhoitopiirit sijaitsevat eteläisessä Suomessa, jossa väestötiheys on pääsääntöisesti muuta maata suurempi.

Tutkimuksen asetelman heikkoutena on pitkittäisen aineiston puuttuminen. Poikkileikkausasetelmalla ei pystytä mittaamaan palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia, vaan tutkimus antaa kuvan siitä, millainen tilanne on ollut aineiston keruun aikana. Myöskään tarkastellut korrelaatiot eivät kerro syy-seuraussuhteesta, vaan joidenkin asioiden mahdollisesta yhteydestä tai yhteyden puuttumisesta. Tutkimusyksiköiden lukumäärän vähäisyys (16 aluetta) on rajoittanut myös usean muuttujan tilastollisia analyysyjä. Aineistosta testattiin osaa tulos-osiossa esitellyistä korrelaatioista yksi tai kaksi taustamuuttujaa vakioiden. Esimerkiksi yhdistettyjen palveluiden määrän ja resurssien kokonaismäärän välillä olevaa yhteyttä testattiin myös lineaarisella

regressiomallilla vakioiden taustalla väestöpohjan koko (ja mielenterveysindeksi), mutta residuaalien hajonnan vuoksi malli ei sopinut analyysin menetelmäksi. Selittäviä muuttujia ei voitu lisätä malliin enempää, sillä monimuuttujamalleihin liittyy rajoitteita ja epävarmuustekijöitä näin pienellä aineistolla.

Tutkimusalueet valikoituivat pitkälti psykiatrian näkökulmasta. Päihdepalvelut vaihtelevat enemmän kunnittain tai kuntien yhteistoiminta-alueittain, joten tutkimuksessa olisi ollut perusteltua käyttää myös pienempiä alueita. Kuten aiemmin perusteltu (s. 33, tämä tutkimus), niin kunnittaisten tai yhteistoiminta-alueiden käyttäminen tutkimusyksiköinä olisi tuonut enemmän yksiköitä myös analyyseihin, mutta aineisto ei mahdollistanut tätä, ja olisi voinut tuoda myöskin epätarkkuutta resurssien määriin erikoissairaanhoidon käytön osalta.

Tämän tutkimuksen teossa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (Tenk 2012, 6). Tutkimuksen tavoitteet ja tulokset on pyritty yhdistämään sekä yhteiskunnalliseen että aiemman tieteellisen tiedon kontekstiin. Raportti on kirjoitettu rehellisesti ja tarkasti, jotta tutkimus on toistettavissa, ja jotta lukija ymmärtää tulosten merkityksen ja yleistettävyyden rajallisuuden.

Tutkimuksen aineistona käytettyä palvelujärjestelmätiedon keruuta varten ei ole hankittu erikseen tutkimuslupaa. Tutkimuksen kohteena eivät ole ihmiset tai potilastiedot, vaan palvelujärjestelmä. Tämän tutkimuksen aineisto on tutkijoiden vapaasti käytettävissä REFINEMENT-tutkimusryhmän kautta. REFINEMENT-tutkimushanke on saanut rahoitusta EU:n komissiolta (seitsemäs tutkimuksen puiteohjelma, FP7) ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta.<sup>19</sup> Tutkimushankkeeseen osallistuneet sairaanhoitopiirit ovat olleet rahoittamassa alueidensa aineiston keruuta. Tämä tutkimus on hankkeesta erillinen opinnäytetyö, eikä tällä tutkimuksella ole ollut rahoittajia eikä sen tuloksilla ole taloudellisia sidonnaisuuksia. Raportti on julkaistu pro gradu -tutkielmana, ja se on sähköisesti avoimesti saatavilla Tampereen yliopiston kirjaston verkkosivujen kautta.

---

<sup>19</sup> Hankkeen viralliset tiedot löytyvät THL:n verkkosivuilta osoitteesta <https://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/hankkeet/24738>. Viitattu 7.2.2016.

### 6.3 Jatkotutkimuksen tarpeet

Yksittäiset palvelujärjestelmien kuvaukset, kuten tässä tutkimuksessa, kertovat sen hetkisestä tilanteesta, mutta eivät mahdollista palvelujärjestelmän muutosten ja niiden vaikutusten tarkastelua. Palvelujärjestelmässä tapahtuvien muutosten tutkimiseksi ja seuraamiseksi tarvitaan toistettuja palvelujärjestelmäkartoituksia strukturoidulla ja systemaattisella menetelmällä, joka mahdollistaisi ajallisen ja alueellisen vertailun. Palvelujärjestelmässä tapahtuvien muutosten vaikutusten ja ylipäättään mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuuden tutkimiseksi tarvitaan myös sellaisia alueellisia tunnuslukuja, joiden avulla voidaan seurata alueen mielenterveyden kehittymistä. Samat tunnusluvut kertovat kuitenkin usein sekä mielenterveyspalveluiden tarpeesta että palveluiden vaikuttavuudesta, joten palveluiden vaikuttavuuden arvioimiseksi tarvitaan pitkittäisseurantaa koskien myös näitä indikaattoreita. Palveluiden resursseissa ja palveluiden järjestämisessä näyttää olevan suuria alueellisia eroja, joten näiden erojen pohjalta olisi hedelmällistä tutkia pitkittäisellä asetelmalla eroja erilaisten järjestämistapojen vaikuttavuudessa ja kustannustehokkuudessa.

REFINEMENT-hankkeessa toteutettu ja tämän tutkimuksen aineistona toiminut viiden sairaanhoitopiirin alueen ESMS-R -palvelujärjestelmäkartoitus vaati yhteensä yli yhden henkilötyövuoden työpanoksen aineiston keräämiseen, sekä vähäisen työpanoksen jokaiselta vastanneelta palveluyksiköltä. Aineiston keruun toistaminen ja laajemman alueen kattaminen vaatii resursseja. Tutkimushankkeen ollessa vain projektiluonteinen, ei tällaisia lisäresursseja tai kartoituksen toistamista ole toistaiseksi tiedossa.<sup>20</sup> Kartoituksien toistaminen esimerkiksi päihdetapauslaskennan tapaan voisi olla kuitenkin yksi vaihtoehto seurannan mahdollistamiseksi. Toinen vaihtoehto erillisten aineiston keruiden sijaan olisi luoda esimerkiksi rekisteripohjainen aineisto sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden henkilöstöresursseista ja toiminnasta. Tällaisen aineiston luominen ja päivittäminen vaatisi kuitenkin palvelun tuottajien ja järjestäjien jatkuvaa työpanosta, johon näillä tahoilla ei välttämättä ole resursseja.

Palvelujärjestelmien kehittämisessä tulisi huomioida myös palveluiden käyttäjien ja tarvitsijoiden ääni. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden näkemyksiä tulisi tutkia liittyen muun muassa siihen, millaisiin palveluihin he haluavat hakeutua, mistä palveluista he kokevat saavansa apua, mitä esteitä avun saamiselle he ovat kokeneet palvelujärjestelmässä, missä kohdin järjestelmä

---

<sup>20</sup> CEPHOS-LINK -hankkeessa on suunnitteilla palvelujärjestelmää kuvaavan seurantatiedon kerääminen (<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/comparative-effectiveness-research-on-psychiatric-hospitalisation>, viitattu 31.8.2016).

ei vastaa heidän tarpeisiinsa, ja millaiset tekijät lisäävät hoitoon hakeutumista ja hoidossa pysymistä. Kokemusperäinen tieto voi olla tärkeä lisä kvantitatiiviseen ja laadulliseen palvelujärjestelmätietoon ja mielenterveyden indikaattoreita kuvaavaan tietoon mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän tutkimuksessa ja kehittämisessä.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Alueelliset erot mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmissä ja palveluiden henkilöstöresursseissa ovat suuria. Tämä voi kuvastaa alueellista eriarvoisuutta tai liittyä alueiden erilaisiin palvelutarpeisiin. Väestöpohjan koko on mielenterveyttä kuvaavia indikaattoreita selkeämmin yhteydessä palveluiden monimuotoisuuteen ja resursointiin. Erikoistasolla henkilöstöresurssien määrä mielenterveys- ja yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa korreloi positiivisesti väestöpohjan koon kanssa. Perustason päihdepalveluita on enemmän suuremman väestöpohjan alueilla, kun taas pienemmän väestöpohjan alueilla on tyypillisemmin perustason yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tarvitaan lisää tutkimusta siitä, miten nämä palvelujärjestelmien erot ovat suhteessa eri alueiden palvelutarpeeseen ja palveluiden vaikuttavuuteen.

Vuoden 2013–2014 mielenterveys- ja päihdepalveluiden kartoituksen perusteella yhdistettyjä avohoidon mielenterveys- ja päihdepalveluita on hyvin vähäisesti. Miltei kaikki erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstöresurssit sijoittuvat erillisiin mielenterveyspalveluihin, joten tulosten perusteella palvelujärjestelmässä ei ole juuri lainkaan Mieli-suunnitelman linjaamaa erikoistason yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa. Perustasolla yhdistettyjä palveluita on enemmän kuin erikoistasolla, ja nämä palvelut ovat lähinnä perusterveydenhuollon yhteydessä toteutuvaa mielenterveys- ja päihdehoitoa.

Tulosten perusteella yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät pääsääntöisesti ole moniammatillisia palveluita. Suurimman ammattiryhmän yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa muodostavat sairaanhoitajat. Lääkäriresurssien määrä on yhdistetyissä palveluissa väestöön suhteutettuna suhteellisen vähäinen. Psykologian ja sosiaalityön resurssit ovat yhdistetyissä palveluissa harvinaisia. Henkilöstöprofiili on moniammatillisempi erikoistason erillisissä mielenterveyspalveluissa ja perustason erillisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa kuin yhdistetyissä palveluissa.

## LÄHDELUETTELO

- Aalto, M. (2007) Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123, 1293–8.
- Aalto, M. (2010) Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(15), 1760–1.
- Adams, J. & Drake, R. (2006) Shared decision-making and evidence-based practice. *Community Mental Health Journal* 42(1), 87–105.
- Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kontio, R., Joffe, G., Pankakoski, M., Malin, M., Sadeniemi, M., Kaila, M. & Wahlbeck, K. (2014) Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 8456–8474.
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Julkaistu: 04.11.2015. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
- Andersson, G. & Karlberg, I. (2000) Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1, e01.
- Babor, T., Stenius, K. & Romelsjö, A. (2008) Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17, 50–9.
- Bruun, K. (1956) Säätiön tutkimusohjelma. Säätiön apurahojen jakotilaisuudessa pidetty esitelmä. *Alkoholipoliitikka* 5, 199–202.
- Bruun, K. (1971) Finland: The non-medical approach. In L.G. Kiloh & D.S. Bell (Eds.), 29th International congress on alcoholism and drug dependence: Sydney, Australia, February, 1970 (pp. 545–559). Australia: Butterworths.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach K. (2002) Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of American Medical Association* 288, 1909–14.
- Carter, A., Capps, B. & Hall, W. (2009) What is addiction? Teoksessa Adrian Carter, Brian Capps & Wayne Hall (toim.) *Addiction neurobiology: ethical and social implications*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 21–26.

Degenhardt, L., Chiu, W-T., Sampson, N., Kessler, R., Anthony, J., Angermeyer, M. ym. (2008) Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine* 5(7), e141.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Julkaistu 25.4.2016. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Donald, M., Dower, J. & Kavanagh, D. (2005) Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Social Science and Medicine* 60, 1371–83.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G. & Bond, G. (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24(4), 589–608.

Drake, R., Essock, S., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F., Clark, R. & Rickards, L. (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52(4), 469–76.

Drake, R., Mueser, K., & Brunette, M. (2007) Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry* 6(3), 131–136.

Durbin, J., Goering, P., Streiner, D. & Pink, G. (2004) Continuity of Care: Validation of a New Self-Report Measure for Individuals Using Mental Health Services. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 31(3), 279.

Edwards, G., Mäkelä, K., Simpura, J. & Österberg, E. (1996) *Alkoholipolitiikka ja yhteinen hyvä*. Helsinki: Edita.

Eksoten organisaatiokaavio 10.6.2015. Saatavilla osoitteessa: [www.eksote.fi/eksote/hallinto/henkilosto/Sivut/default.aspx](http://www.eksote.fi/eksote/hallinto/henkilosto/Sivut/default.aspx). Viitattu 15.2.2016.

Eläketurvakeskus (2016) Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Findikaattori-palvelu. Saatavilla osoitteessa: <http://www.findikaattori.fi/fi/76>. Viitattu 22.6.2016.

Everett, B., Higgins, C. & Lurie, S. (2001) The whole picture. Canadian Mental Health Association Ontario Division and Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs.

Gockel, M., Pösö, T. & Nyman, H. (2013) Alkoholien liikakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Teoksessa Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim.) *Alkoholi ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Tampere: THL, 168–174.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Suomen kuntaliitto: Helsinki.

Hunt, E., Siegfried, N., Morley, K., Sithartan, T. & Cleary, M. (2013) Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10.

Huumausainelaki 373/2008. Finlex.fi. Valtion säädöstietopankki. Viitattu 7.5.2016.

Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Julkaistu: 5.9. 2012. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Jeffery, D., Ley, A., McLaren, S. & Siegfried, N. (2000) Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.

Jellinek, E. (1960) The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse, New Haven.

Johnson, S., Kuhlmann, R. & EPCAT Group (2000) The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatrica Scandinavica 405, 14–23.

Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O. & Välimäki, M. (2001) Sairauden häpeällinen leima. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 117(6): 563–570.

Kampman, O. & Lassila, A. (2007) Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomalainen Lääkärilehti 62, 4447–51.

Johansson, E., Böckerman, P. & Uutela, A. (2009). Alcohol Consumption and Sickness Absence: Evidence from Microdata. The European Journal of Public Health 19:1, 19–22.

Jääskeläinen, M. & Österberg, E. (2013) Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Tampere: THL, 175–187.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Julkaistu: 19.6.2013. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Kaukonen, O. (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes. Tutkimuksia 107. Gummerus kirjapaino oy. Saarijärvi.

Kingdon, J. (1995) Agendas, alternatives, and public policies. New York: Longman.

Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2(12).

Kuussaari, K. (2010) Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun. Teoksessa: Partanen Airi & Moring Juha & Nordling Esa & Bergman, Viveca (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. Helsinki, 2010.

Kuussaari K, Ronkainen J-E, Partanen A, Kaukonen O. & Vorma H. (2012) Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77(6), 640–655.

Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2016) Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(2), 202–8.

Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010) Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27(6), 667–684.

Kärkkäinen, J. (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Stakes, Tutkimuksia* 138. Saarijärvi.

Lee, Y., Meurk, C., Harris, M., Diminic, S., Scheurer, R. & Whiteford, H. (2014) Developing a Service Platform Definition to Promote Evidence-Based Planning and Funding of the Mental Health Service System. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11(12), 12261–12282.

Lehtinen, V. (2002) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. *Stakes, Raportteja* 268. Saarijärvi. 106–128.

Longest, B. (1998) Health policy making in the United States. Chicago: Health Administration Press.

Lyngsø, A., Godtfredsen, N., Høst, D., & Frølich, A. (2014) Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 14, e027.

Lönnqvist, J. (2005) Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim, Saarijärvi 2005: 178–184.

Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) (2014) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2009:3. Helsinki. 46 s.

- Morisano, D., Babor, T. & Robaina, K. (2014) Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: implications for treatment services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), 5–25.
- Mueser, K. & Gringerich, S. (2013) Treatment of Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Social Work in Public Health* 28(3–4), 424–39.
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R. & Fox, L. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: The Guilford Press, 2003.
- Norman, K. (1993) *The Alcoholic Society: Addiction and Recovery of the Self*. Transaction Publishers, New Jersey.
- Norström, T. (2006) Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 101, 1421–7.
- Norström, T. & Moan, I. (2010) Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health* 19(4), 383–388.
- Nuorvala, Y. & Metso, L. (2004) Päihdepalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Helsinki: Stakes, 76–91.
- Pechter, B. & Miller, N. (1997) Psychopharmacotherapy for addictive and comorbid disorders: current studies. *Journal of Addiction Disorders* 16, 23–40.
- Perring, C. (2011) Bridging the gap between philosophers of mind and brain researchers: the example of addiction. *Mens Sana Monogr.* 9, nro 1, 193–201.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. & ym. (2000) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19–28.
- Pirkola, S., Lönnqvist, J. & mielenterveyden työryhmä (2002) Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: *Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Saatavilla osoitteessa: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/>. Viitattu 24.4.2016.
- Pirkola, S., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Poikolainen, K., Joukamaa, M., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population - results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1–10.
- Pirkola, S., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2006) Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population—results from the Finnish Health 2000 Study. *Alcohol and Alcoholism* 41(3), 315–20.

Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. (2009) Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *The Lancet*, 373(9658), 147–53.

Pirkola, S. & Wahlbeck, K. (2004) Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. *Suomalainen Lääkärilehti* 59, 1673–7.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47(9), 1102–14.

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., Frick, U., Gual, A., Gmel, Jr. G., Kraus, L., Marmet, S., Raninen, J., Rehm, M., Scafato, E., Shield, K., Trapencieris, M., & Gmel, G. (2015) Prevalence of and Potential Influencing Factors for Alcohol Dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21, 6–18.

Rosenheck, R., Kaspro, W., Frisman, L. & Liu-Mares, W. (2003) Cost-effectiveness of Supported Housing for Homeless Persons with Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 60, 940–951.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L. & Furlong, A. (2008) On the integration of mental health and substance use services and systems. Main report. Canadian Executive Council on Addictions: Ottawa.

Rush, B. & Nadeau, L. (2011) On the integration of mental health and substance use services and systems. Teoksessa David Cooper (toim.) *Responding in mental health-substance use*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing Ltd, 148–175.

Sadeniemi, M., Pirkola, S., Pankakoski, M., Joffe, G., Kontio, R., Malin, M. & Wahlbeck, K. (2014) Does Primary Care Mental Health Resourcing Affect the Use and Costs of Secondary Psychiatric Services? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(9), 8743–8754.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K., & Seppä, K. (toim.) (2003) *Päihdelääketiede*. Kustannus Oy Duodecim.

Salvador-Carulla, L. & DESDE-LTC 2.0 Group (2012) *ESMS-R European Service Mapping Schedule-Revised*. Terveystieteiden tutkimuskeskus: Helsinki.

Segal, L., Dunt, D. & Day, S. (2004) Introducing coordinated care (2): evaluation of design features and implementation processes implications for a preferred health system reform model, *Health Policy*, 69: 215–28.

Sotkanet. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2005–2016.

Stenius, K. (2009) Fat words and thin concepts (Editorial.) *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26(4), 337–338.

Stenius, K., Kekki, T., Kuussaari, K. & Partanen, A. (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio - kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77(2), 167–175.

Stenius, K., Tammi, T., Kuussaari, K. & Hirschovits-Gerz, T. (2015) Vaikuttaako mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio? Palvelujärjestelmän integraatio tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Airi Partanen, Juha Moring, Viveca Bergman, Jouko Karjalainen, Minna Kesänen, Jaana Markkula, Mauri Marttunen, Saini Mustalampi, Esa Nordling, Timo Partonen, Päivi Santalahti, Pia Solin, Tytti Tuulos, Sanna Wuorio (toim.). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 20/2015. Helsinki. 380 s.

STM (2012) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Julkaisuja 2012: 24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen REFINEMENT-tutkijaryhmä. Hyksin erva-alueen aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden tila: REFINEMENT-hankkeen tuloksia. Saatavilla osoitteessa: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/refinement.pdf/48b4040e-eb28-46f7-b328-4808b0e5e3a6>. Viitattu 10.5.2016.

Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Henriksson, T., Härkänen, T., Saarni, I.A., Perälä, J., Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Koskinen, S., Marttunen, M., Aro, H. & Lönqvist, L. (2009) Mental disorders in young adulthood. Psychological Medicine 39, 287–299.

Tammi, T. (2007) Medicalising prohibition. Harm reduction in Finnish and international drug policy. STAKES, Research Report 161. Helsinki 2007.

Tammi, T. & Stenius, K. (2014) Capabilities for handling complex substance abuse problems and its relationship to the treatment system: using the DDCAT instrument to explore local treatment systems in Finland. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31(1), 45–58.

Tanhua, H. & Knape, N. (2016) Sosiaalimenot ja rahoitus 2014. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130126>. Viitattu 22.6.2016.

Tautiluokitus ICD-10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: 2011. Saatavilla osoitteessa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/80324>. Viitattu 22.6.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla osoitteessa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Viitattu 22.6.2016.

Thornicroft G. & Tansella M. (2004) Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. British Journal of Psychiatry 185, 283–290.



Www.tilastokeskus.fi. Tilastokeskuksen avoin tietokanta. Väestö iän (1-v.) ja sukupuolen mukaan alueittain 1980 – 2015. Saatavilla osoitteessa [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_vrm\\_vaerak/058\\_vaerak\\_tau\\_104.px/?rxid=6d0a1762-7ece-46d1-b1c6-34de189ff9b6](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/058_vaerak_tau_104.px/?rxid=6d0a1762-7ece-46d1-b1c6-34de189ff9b6). Viitattu 4.2.2016.

Tuori, T. & Kiikkala, I. & Lehtinen, V. (2000) Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen Lääkärilehti 44/2000. Helsinki. 4533–4538.

UKATT Research Team (2005) Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). British Medical Journal 331(7516), 544.

United Nations (1961) Single Convention on Narcotic Drugs, As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. Saatavilla osoitteessa: [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf). Viitattu 22.6.2016.

Valtionvarainministeriö (2015) Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan keinona. Valtiovarainministeriön julkaisuja 6/2015.

Vuorilehto, M., Kuosmanen, L. & Melartin, T. (2008) Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomalainen Lääkärilehti Duodecim 63, 190–192.

Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Norman, R., Flaxman, A., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. & Vos, T. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 382(9904), 1575–1586.

Whiteford, H., Harris, M. & Diminic, S. (2013) Mental health service system improvement: translating evidence into policy. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47(8), 703–6.

Wikler, D. (2006) Justice, Socioeconomic Status, and Responsibility for Health. Teoksessa: Sudhir Anand, Fabienne Peter & Amartya Sen (toim.) Public Health, Ethics, and Equity. Oxford University Press.

Woody, G. (1996) The challenge of dual diagnoses. Alcohol Health and Research World 20, 76–80.

Åhgren, B. (2007) Creating Integrated Health Care. Göteborg: The Nordic School of Public Health.

